

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Análise de Necessidades de Formação Contínua dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da Região Autónoma dos Açores: O Caso dos Técnicos de Radiologia

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Ana Luísa de Freitas Meireles Monteiro

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Junho 2006

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

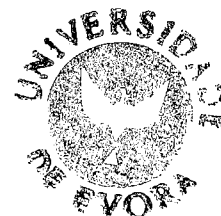
Área de especialização em

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Análise de Necessidades de Formação Contínua dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da Região Autónoma dos Açores: O Caso dos Técnicos de Radiologia

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Ana Luísa de Freitas Meireles Monteiro



160 244

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Junho 2006

31A.1

Título: Análise de Necessidades de Formação Contínua dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da Região Autónoma dos Açores. O Caso dos Técnicos de Radiologia

Relatório de Investigação elaborado no âmbito do **Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde**, área de especialização em *Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde* por:

Ana Luísa de Freitas Meireles Monteiro

Nº. Univ. Évora: **2554**

Nº. ESTeSL: **25 /03**

Pesquisa orientada por:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Junho, 2006

Análise de Necessidades de Formação Contínua dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da Região Autónoma dos Açores: O Caso dos Técnicos de Radiologia

Resumo

Pretende-se com o estudo realizado analisar a problemática das necessidades de formação contínua dos Técnicos de Radiologia (TR) num contexto sócio-profissional muito particular que é a dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) do sector público Saúde da Região Autónoma dos Açores (RAA), marcado por uma grande dispersão geográfica e por uma carência de recursos materiais e humanos.

Metodologicamente, e de modo a alcançar os objectivos previamente fixados, foi utilizado para o efeito, uma abordagem quantitativa consubstanciada com uma pesquisa documental, recorrendo preferencialmente como técnica de recolha de dados o inquérito por questionário junto da população-alvo de 209 profissionais. A taxa de sucesso do retorno é de 79,9%, que corresponde a 167 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da RAA., dos quais 43 eram Técnicos de Radiologia (casos válidos). Procedeu-se ao tratamento, à descrição e à interpretação dos dados recolhidos por intermédio da aplicação informática SPSS *for windows* (*Statistical Package for Social Sciences*).

Os resultados do estudo permitiram identificar as necessidades específicas de formação contínua dos TDT/TR, assim como as possíveis implicações dos efeitos da formação, quer no quotidiano de trabalho destes profissionais de saúde, quer na sua vida pessoal.

Palavras-Chave: Necessidades de Formação, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos de Radiologia, Açores.

Continuous Training Needs Analysis of Therapeutical Diagnosis Technicians from Azores Region. The Case of Radiographers

Abstract

Through the research we analyze the problematic of the radiographers continuous training needs in a very particular socio-professional context of Therapeutical Diagnosis Technicians (TDT) from the public health Region of Azores (RAA), marked by a great geographic dispersion and a lack of material and human resources.

Methodologically, in order to reach the research objectives, we were used a questionnaire for data gathering in a population-target of 209 technicians. The success rate is 79,9%, 167 Therapeutical Diagnosis Technicians of RAA., which 43 were radiographers (valid cases). A computer application, *SPSS for windows (Statistical Package will be Social Sciences)*, was used for collected data treatment, description and analysis.

The research results had allowed to identify specific continuous training needs of the TDT/TR, as well as possible implications of the training effects in the everyday work life of these health professionals, as well as his personal life.

Key-words: Training Needs, Therapeutical Diagnosis Technicians, Radiographers, Azores Region

Agradecimentos

As palavras, enquanto expressão racionalizada do sentir, são pobres para traduzir o que significa a gratidão.

Aos meus pais que tornaram possível o percurso que me trouxe aqui, que me deram as “asas”.

Ao meu orientador Professor Doutor Carlos Silva, aqui fica um muito obrigada da discípula por ter aceite a orientação desta Dissertação, por ter disponibilizado tempo, pelo incentivo, pelo espírito crítico, pela companhia (apesar da distância), nas horas de reflexão, por me ter ensinado a “voar”.

À minha colega de Curso e de Mestrado Cláudia Reis, pelo apoio, pelo alojamento e por toda a ajuda disponibilizada ao longo destes dois anos.

À Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa por me terem concedido esta oportunidade de formação pessoal e profissional, numa modalidade de ensino semi-presencial.

A todos os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da Região Autónoma dos Açores que colaboraram no preenchimento do questionário, tornando assim possível este estudo.

ÍNDICE GERAL

Resumo	2
Abstract	3
Agradecimentos	4
Índice	5
Índice de quadros	8
Índice de esquemas	9
Abreviaturas e Siglas.....	10
 INTRODUÇÃO	 11
 1.- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E PERSPECTIVAS ANALÍTICAS	 18
1.1. REPENSAR O LUGAR E O PAPEL DA FORMAÇÃO CONTÍNUA.....	18
1.1.1. A Formação Contínua: Fundamentos e Perspectivas.....	18
1.1.2. Formação no Contexto Social das Organizações	30
1.1.3. Necessidades de Formação Contínua nas Tecnologias da Saúde	36
1.1.3.1. Formação como Estratégia de Desenvolvimento Pessoal e Profissional.....	36
1.1.3.2. Formação, Saberes e Competências: uma relação imprescindível	39
1.1.3.3. Formação em Contexto de Trabalho	51
1.1.3.4. Análise de Necessidades de Formação	53
1.1.3.4.1. O Conceito de Necessidade de Formação	56
1.1.3.4.2. Metodologias de Análise de Necessidades de Formação	63
1.1.3.4.3. Técnicas e Instrumentos de análise de necessidades de formação	70
1.1.3.4.4. A problemática da análise de necessidades na formação contínua dos TDT	73
1.1.3.5. Implicações da Formação ao nível da Profissão, Profissionalização, Profissionalidade e Profissionalismo.....	77

2.- CONTEXTUALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA	86
2.1. TRAJECTÓRICA DO ENSINO E FORMAÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA EM PORTUGAL	86
2.1.1. Dos Centros de Formação às Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde...	88
2.1.2. Formação Inicial	93
2.1.3. Formação Pós-Graduada.....	94
2.1.3. Formação Contínua dos Técnicos de Radiologia	95
3.- CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DOS AÇORES	96
3.1. Indicadores Demográficos.....	96
3.2. Indicadores de Saúde e de Actividade.....	97
3.3. Recursos Humanos da Saúde nos Açores	99
3.4. Indicadores dos Serviços de Radiologia e dos Técnicos de Radiologia	101
3.5. Situação de Saúde nos Açores	105
3.6. Política Regional de Saúde e as Tecnologias da Saúde	106
3.7. Formação em Saúde nos Açores	108
4.- OPÇÕES METODOLÓGICAS	114
4.1. Notas preliminares	114
4.2. Pressupostos da Investigação / contextualização	115
4.3. Recolha da Informação	118
4.4. Os Inquiridos.....	122
5.- ORIENTAÇÕES FORMATIVAS DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA DOS AÇORES	130
5.1. Auto-percepção do (des)ajustamento das Competências Profissionais às Actividades	130
5.2. Necessidades e Motivações Específicas para a Formação Contínua	134
5.3. Participação e Efeitos da Formação Contínua	140
5.4. Razões de Não Participação nas Acções de Formação Contínua	145
5.5. Prioridades Formativas	146
5.6. Sugestões para o Desenvolvimento da Formação Contínua	148

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	150
1. CONCLUSÕES	150
2. RECOMENDAÇÕES	162
2.1. Plano de intervenção sócio-organizacional para a Radiologia	164
BIBLIOGRAFIA	171
ANEXOS	188

Índice de Quadros e Esquemas

Quadros

Quadro 1.- Distinção entre Educação e Formação	20
Quadro 2a.- Modos de Determinação das Necessidades de Formação	69
Quadro 2b.- Dimensões da Identidade Profissional, Formação e Regulação	76
Quadro 3.- Etapas de profissionalização em Radiologia	80
Quadro 4.- Indicadores Demográficos – População Total da RAA	97
Quadro 5.- Indicadores de Actividade – Consultas	98
Quadro 6.- Indicadores de Actividade – Internamentos Hospitalares	98
Quadro 7.- Indicadores de Actividade – Internamentos Centros de Saúde	99
Quadro 8.- Recursos Humanos do SRS – Geral	100
Quadro 9.- Distribuição dos TDT pelos Hospitais	102
Quadro 10.- Distribuição dos TDT pelos Centros de Saúde	103
Quadro 11.- Actos de serviços complementares de diagnóstico efectuados nos Hospitais da RAA	104
Quadro 12.- Actos de serviços complementares de diagnóstico efectuados nos Centros de Saúde da RAA	105
Quadro 13.- Bolseiros da Região	107
Quadro 14.- Desenho do Questionário	121
Quadro 15.- Balanço do Inquérito por Questionário	123
Quadro 16.- Distribuição das frequências relativas ao sexo dos inquiridos	123
Quadro 17.- Distribuição das frequências relativas ao grupo profissional dos inquiridos	124
Quadro 18.- Caracterização dos Inquiridos por Grupos Etários	125
Quadro 19.- Estatísticas Descritivas da Idade dos Inquiridos	125
Quadro 20.- Caracterização dos Inquiridos segundo Níveis de Escolaridade	126
Quadro 21.- Vínculo dos inquiridos ao quadro da administração pública (função pública)	126
Quadro 22.- Caracterização dos Inquiridos segundo a Antiguidade na Profissão	127
Quadro 23.- Estatísticas Descritivas da Antiguidade na Profissão dos Inquiridos	127
Quadro 24.- Número de horas de trabalho por semana	128
Quadro 25.- Caracterização dos Inquiridos segundo Áreas de trabalho	128
Quadro 26.- Caracterização dos Inquiridos segundo o tipo de instituição de pertença	129
Quadro 27.- Caracterização dos Inquiridos segundo local instituição de pertença	129
Quadro 28.- Opinião sobre se existe um desnivelamento entre as competências que detém e as exigências da função que desempenha ou do cargo que ocupa na sua organização	130
Quadro 29.- Relação entre as características sociográficas e profissionais dos Técnicos de Radiologia e o “ <i>desnivelamento das competências/funções (DC/F)</i> ”	131
Quadro 30.- Categorias sociográficas e profissionais dos Técnicos de Radiologia e as diferenças de “ <i>desnivelamento das competências/funções (DC/F)</i> ”	132
Quadro 31.- Razões da existência de um desnivelamento entre as competências que detém e as exigências da função que desempenha ou do cargo que ocupa na sua organização	133
Quadro 32.- Factores que melhor contribuem para a preparação profissional dos TDT	134
Quadro 33.- Relação entre os TDT (TR e outros) e a preparação profissional	134
Quadro 34.- Grau de importância da Formação Contínua	135

Quadro 35.- Percepção das diferenças ao nível da “importância da Formação Contínua”	135
Quadro 36.- Necessidades que motivam a frequência de acções de Formação Contínua	136
Quadro 37.- Relação entre os TDT (TR e outros) e as Razões de Frequência das Acções de Formação	137
Quadro 38.- Participação em actividades de formação contínua no decorrer do último ano	138
Quadro 39.- Actividades em que participou, organizadas por outros, nos últimos 12 meses	138
Quadro 40.- Actividades em que participou, organizadas por si, nos últimos 12 meses	139
Quadro 41.- Local ou locais das actividades de formação em que participou	140
Quadro 42.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Pessoal [Sim]	140
Quadro 43.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Pessoal [Não]	141
Quadro 44.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Pessoal [Em parte]	141
Quadro 45.- Relação entre os TDT (TR e outros) e os efeitos da Formação Contínua na Vida Pessoal	142
Quadro 46.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Profissional [Sim]	142
Quadro 47.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Profissional [Não]	143
Quadro 48.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Profissional [Em parte]	144
Quadro 49.- Relação entre os TDT (TR e outros) e os efeitos da Formação Contínua na Vida Profissional	144
Quadro 50.- Razões de não participação	145
Quadro 51.- Principais Prioridades nas acções de formação a implementar	147
Quadro 52.- Situações que melhor contribuem para reforçar as qualificações e competências	148
Quadro 53.- Proposta de horário de formação	149
Quadro 54.- Modalidades de formação contínua	149
Quadro 55.- Proposta de Plano de Acção para Desenvolvimento dos Técnicos de Radiologia da Região Autónoma dos Açores	165

Esquemas

Esquema 1.- O continuum do poder na tomada de iniciativa de determinação das necessidades de formação	62
Esquema 2.- Matriz da grelha de análise	116

Abreviaturas e Siglas

Amb.	Ambiental
Anal.Clin. S. P.	Análises Clínicas e Saúde Pública
Anat. Pat.	Anatomia Patológica
Artº	Artigo
ATARP	Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear
Aud.	Audiologia
Cardiop.	Cardiopneumologia
CEE	Comunidade Económica Europeia
Dec – Lei	Decreto-Lei
Diet.	Dietética
DRS	Direcção Regional de Saúde
EPFS	Equipa de Projecto de Formação da Saúde
Farm.	Farmácia
Fisiot.	Fisioterapia
NPF	Núcleo de Formação Profissional
Ocup.	Ocupacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
Ortopr.	Ortoprotese
Ortopt.	Ortóptica
PEF	Programa Específico de Formação
R.A.A.	Região Autónoma dos Açores
Rad.	Radiologia
RM	Ressonância Magnética
S/d	Sem data
SRS	Serviço Regional de Saúde
TC	Tomografia Computorizada
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
Terap.	Terapia
TR	Técnico de Radiologia

INTRODUÇÃO

As profissões de Tecnologias da Saúde, na última década, sofreram uma evolução significativa, quer ao nível do conhecimento técnico-científico e da formação inicial, quer ao nível da filosofia dos cuidados resultante de mudanças sócio-culturais, políticas, económicas, demográficas e epidemiológicas das sociedades modernas, ditas de “sociedade do conhecimento” ou a “sociedade da informação”.

Por outro lado, se atendermos aos efeitos do fenómeno da globalização em todos os domínios da sociedade, entre as quais se destaca a acentuação das desigualdades que têm vindo a induzir que essas sociedades se tornem cada vez mais duais, são também visíveis as alterações ao nível da natureza, organização e qualidade do emprego, em que a fórmula “*job versus work*” parece ganhar crescente significado, e como consequência, levam à ampliação da exclusão social dos trabalhadores não qualificados. Porém, esta nova realidade societal trouxe “consequências” que não têm conhecido, até à data, do ponto de vista político, educativo e social, seja da responsabilidade do Estado, seja da sociedade civil, medidas concertadas com vista a criar um movimento de fundo de educação e formação ao longo da vida. Esta situação tem multiplicado as formas de exclusão social, entre as quais a designada por “info-exclusão”.

Na verdade, o desafio de uma melhor formação e prestação de cuidados de saúde assume-se simultaneamente como uma questão ético-moral e uma questão de credibilidade e dignidade profissional. Porém, nas sociedades do mundo ocidental, o crescente aumento da complexidade das situações profissionais a gerir e a evolução da organização do trabalho na Saúde exige cada vez mais abordagens multidisciplinares, o que implica a emergência da “competência colectiva”, resultante da qualidade da cooperação entre as competências individuais.

Assim, na sociedade actual, caracterizada pela abundância de informação e pelo ritmo acelerado das inovações, as constantes mutações são geradoras de quadros de desestabilização social e incerteza provocando, inevitavelmente, impactos de ordem diversa nas formas de organização e trabalho. Segundo Carlos da Silva et al. (2004), “*os saberes, as qualificações e as competências são mais efémeros do que nunca, obrigando a uma constante actualização*” (Silva et al., 2004:1). Efectivamente, é cada vez maior a exigência de novas competências para o exercício das actividades e ou

tarefas profissionais o que implica uma permanente actualização dos conhecimentos. Neste sentido, o conceito de **formação** adquire um significado e uma importância centrais na sociedade de hoje: *“A aprendizagem ao longo da vida será uma das características desta nova sociedade e seguramente as novas tecnologias que favorecem a formação e a distância, fornecerão as ferramentas necessárias para satisfazer uma procura sempre crescente e continuada de formação”* (Antunes, 1997:17).

No caso concreto das Tecnologias da Saúde, em geral, e da Radiologia em particular, a constante evolução tecnológica nas últimas décadas, que permitiu, por exemplo, o aparecimento e desenvolvimento de novas técnicas, cada vez mais sofisticadas e o surgimento de inovadores meios de diagnóstico e terapêutica, assim como, os avanços na descoberta de novas curas e tratamentos de patologias, vieram potenciar a crescente procura de informação dos utentes e consequente aumento da procura de qualidade dos serviços prestados. Mas, mais do que isso, esta era de mutações impõe a necessidade de se traçarem novos perfis profissionais, de se repensarem as formas de conceptualização de saberes, de ampliar e reconfigurar as qualificações dos trabalhadores e de se promoverem estratégias de reforço da empregabilidade dos sujeitos.

Na realidade, *“a necessidade de melhorar e otimizar as características da prestação de cuidados de saúde e a própria evolução do trabalho nos hospitais e centros de saúde apela a uma renovação de conteúdos e a uma renovação das modalidades de formação contínua. Isto supõe que a formação, promova, ente outros aspectos, a adequação das qualificações profissionais às constantes mudanças dos estados de saúde e de doença dos cidadãos, para além de realizar a sua função fundamental de contribuir para o desenvolvimento e satisfação pessoal, bem como para fomentar o exercício da cidadania das diferentes categorias profissionais da saúde”* (Silva et al., 2004:1).

Apesar da ausência de uma política de fundo de valorização da formação contínua e aprendizagem ao longo da vida no nosso país, têm-se verificado uma evolução “positiva” nesta área das Tecnologias da Saúde, nos últimos anos, sendo crescente o reconhecimento da centralidade da formação no sector da Saúde para fazer face aos desafios que hoje se colocam às profissões, num contexto marcado por

profundas e rápidas mutações. Torna-se assim imprescindível a composição, de forma articulada, de modelos que incorporem uma sólida formação académica, científica, técnica e humanística, com praticas de ensino centradas no trabalho e nas necessidades dos utentes e de projectos que promovam a formação contínua dos profissionais de saúde.

Neste sentido, parece-me que o tema deste trabalho assume não só actual, quer ao nível das práticas nas quais se tem procurado uma interacção crescente entre formação e trabalho, quer ao nível da investigação científica.

Assim, a análise de necessidades de formação contínua nos Técnicos de Radiologia, que envolve e co-responsabiliza os formados ao longo da sua carreira profissional parece-me ser um contributo importante para a reflexão sobre as práticas e modelos actuais numa região ultraperiférica e particular, como é o caso da Região Autónoma dos Açores.

Porém, não importa interrogar apenas quais as necessidades formativas, mas também quais as potencialidades e constrangimentos regionais, organizacionais e individuais que interferem com a melhoria e “optimização” das condições de formação contínua dos profissionais na área das Tecnologias da Saúde, em geral, e da Radiologia, em particular.

Na verdade, inquirir os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), nomeadamente, os Técnicos de Radiologia (TR), perceber a sua experiência, as suas lacunas e ou necessidades formativas, as suas oportunidades de aperfeiçoamento, as suas preocupações e expectativas em relação à formação contínua, tal como perceber como se perspectivam e prospectivam relativamente às competências profissionais, parece-me ser importante para a discussão e reflexão sobre o futuro das carreiras destes profissionais e do seu desenvolvimento profissional.

Na verdade, no alcance dos objectivos está implícito a procura de uma certa decodificação das representações, das práticas e da estratégia formativa dos actores (TR), no seu contexto profissional, mediatizados pelas relações com os saberes/competências que lhe são específicos, apesar de enquadrados numa área tão vasta como é a das Tecnologias da Saúde.

Assim, compreender a forma como “vivem” e “sentem” as necessidades formativas dos TR, não se trata apenas de uma mera procura da explicação das

eventuais repercussões das estratégias formativas nos seus saberes e práticas, mas também, constitui, uma das etapas para questionar e/ou identificar os caminhos da(s) orientações identitárias destes profissionais, no puzzle dos TDT.

Importa igualmente fazer relevar que a escolha deste tema prende-se com a minha experiência profissional, enquanto Técnica de Radiologia a exercer funções há dois anos num Hospital na Região Autónoma dos Açores, pelas dificuldades de acesso à formação contínua que encontrei no meio onde exerço a minha actividade profissional.

Em síntese, sendo a formação um dos elementos fundamentais e estratégicos para a melhoria do desempenho e das competências dos TDT, justifica-se o estudo realizado, incidindo nas seguintes questões de investigação e objectivos:

Questões:

- 1- Qual é o perfil das necessidades de formação contínua, na perspectiva dos Técnicos de Radiologia (TR) da Região Autónoma dos Açores (RAA)?
- 2- Quais são as áreas de formação que os TR consideram que apresentam mais adequadas para o seu desenvolvimento profissional?
- 3- Quais as razões de participação e não-participação nas acções de formação?
- 4- Quais os efeitos pós-formação na vida pessoal e profissional na perspectiva dos TR?
- 5- Quais as diferenças e similaridades de percepção quanto às formas de valorização e desvalorização dos atributos das necessidades de formação contínua entre os Técnicos de Radiologia e os demais Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da RAA?

Objectivo geral:

1. Aprofundar o conhecimento sobre as necessidades de formação contínua dos Técnicos de Radiologia (TR) do sector público na Região Autónoma dos Açores (RAA);
2. Caracterizar o perfil das orientações de formação contínua dos Técnicos de Radiologia (TR), na perspectiva dos profissionais dos hospitais e centros de saúde na Região Autónoma dos Açores (RAA);
3. Contribuir com os conhecimentos fornecidos pelo estudo para o delineamento e

a implementação de um plano de acção para o desenvolvimento dos recursos humanos, aplicado aos Técnicos de Radiologia.

Objectivos específicos:

1. Identificar e analisar a configuração das necessidades de formação contínua dos Técnicos de Radiologia, no contexto da dinâmica formativa das Tecnologias da Saúde da RAA;
2. Identificar as motivações e ou as razões de participação e não-participação na formação contínua, os processos de envolvimento e os efeitos pós-formação na vida pessoal e profissional dos Técnicos de Radiologia da RAA;
3. Analisar as diferenças e similaridades de percepção quanto às formas de valorização e desvalorização dos atributos das necessidades e da dinâmica da formação contínua entre os Técnicos de Radiologia e os demais Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da RAA.

Quanto à estratégia de investigação, optei por um estudo do tipo exploratório e descritivo, centrado na abordagem quantitativa, tendo em vista, uma análise extensiva da problemática na Região dos Açores. Assim sendo, recorri como instrumento privilegiado de recolha de dados a técnica de inquérito por questionário, que foi aplicado à população de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica que trabalham nas diferentes unidades hospitalares públicas da R.A.A. Os dados obtidos nos questionários foram analisados e tratados estatisticamente, com o apoio do programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) existente na Universidade de Évora.

O presente relatório de investigação encontra-se estruturado, para além da presente introdução, por um campo de desenvolvimento conceptual, seguido duma parte metodológica, outra de análise empírica e das conclusões. O relatório termina com uma secção referente à bibliografia citada e consultada. Acresce-se ainda no relatório um conjunto de anexos, onde apresento o guião do questionário de recolha de informação e outros elementos, entre os quais os resultantes do tratamento e análise de dados.

Assim sendo, no primeiro procurei traçar a justificação e os objectivos do trabalho realizado. No segundo, procurei construir um referencial teórico, percorrendo

algumas perspectivas e fundamentos, modelos e paradigmas que fundamentam a formação contínua, nomeadamente no seu enquadramento socializador no contexto de trabalho, desocultando os contributos da mesma formação nas Tecnologias da Saúde, em especial nos Técnicos de Radiologia no que diz respeito aos seus saberes e competências. Este capítulo percorre ainda a problemática da análise de necessidades de formação contínua, à luz de diferentes concepções de necessidades e de análise de necessidades, os modelos e as práticas de análise que lhe dão suporte metodológico.

No capítulo dois, procedo à contextualização da importância da formação nos Técnicos de Radiologia, enfatizando entre outros aspectos, as lógicas da sua trajectória ou evolução do ensino e formação em Portugal.

No terceiro capítulo apresento de forma, ainda que sumária, a caracterização geral da Região de Saúde dos Açores, através da análise de indicadores do Serviço Regional de Saúde, incluindo também as políticas actuais na área da saúde e da formação dos recursos humanos, concretamente dos Técnicos de Radiologia.

O quarto capítulo do presente estudo, é composto pelas opções metodológicas adoptadas na pesquisa realizada. São traçados neste capítulo as estratégias metodológicas utilizadas para a abordagem quantitativa do objecto de estudo, assim como as preferências de tratamento e análise da informação recolhida. Em termos estritos apresento as justificações da adopção do estudo exploratório e da utilização do inquérito por questionário como técnica de eleição na recolha de dados.

No quinto capítulo do corpo do relatório, intitulado – *Preferências Formativas dos Técnicos de Radiologia dos Açores* – descrevo e analiso os materiais empíricos recolhidos. Assim sendo, procedi em primeiro lugar à caracterização dos inquiridos, seguindo-se da análise dos resultados, incluindo as necessidades de formação referidas pelos Técnicos de Radiologia, as suas motivação e constrangimentos envolvidos na participação nas acções de formação contínua, os vectores do impacto da formação contínua no desenvolvimento pessoal e profissional, não só dos Técnicos de Radiologia, mas também ao nível do grupo profissional dos TDT. Termina a análise, identificando as preferências formativas dos Técnicos de Radiologia no contexto dos TDT, tendo em conta o tipo de modalidades e características de formação desejada pelos actores.

Na última parte, apresento as *Considerações Finais e Recomendações*, sistematizando não só os principais resultados da investigação realizada, mas também os

traços fundamentais de um possível plano de intervenção ao nível da formação contínua em Radiologia e uma proposta de Plano de Acção para Desenvolvimento dos Técnicos de Radiologia da Região Autónoma dos Açores.

Em síntese, o facto da pesquisa realizada se centrar no estudo das necessidades de formação dos Técnicos de Radiologia da RAA, permitiu questionar a problemática formação no âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional, tomando como pano de fundo as motivações, as expectativas e os constrangimentos, que interferem com os processos formativos dos Técnicos de Radiologia, no contexto das Tecnologias da Saúde da RAA. Os resultados do estudo permitiram-me aprofundar o conhecimento sobre a especificidade das necessidades de formação contínua e sobre as preferências formativas dos Técnicos de Radiologia, numa lógica de adaptação e evolução da profissão aos desafios da prestação de cuidados de saúde

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E PERSPECTIVAS ANALÍTICAS

1.1 - REPENSAR O LUGAR E O PAPEL DA FORMAÇÃO CONTÍNUA

1.1.1- A Formação Contínua: Fundamentos e Perspectivas

A noção de formação contínua é polissémica. Efectivamente, à noção de formação contínua está subjacente a noção de formação propriamente dita que se prende com várias interpretações que vão do acto de formar, ao efeito de formar, ou mesmo ao modo de formar. Esta multireferencialidade do conceito e a preponderância que assume, na actualidade a formação, tanto ao nível dos discursos – científicos, económicos, políticos – como das práticas, apela a uma clarificação do seu significado.

De acordo com a sistematização efectuada por Goguelin (1994), é possível distinguir relativamente a este conceito, cinco acepções: a) a acção pela qual uma coisa se forma, é formada, produzida; b) a acção de formar, de organizar, de instituir; c) a maneira como uma coisa se forma; d) o resultado da acção pela qual uma coisa se forma; e) o resultado da acção de formar.

De acordo com Fabre (1995), a conotação pedagógica da palavra formação surgiu relacionada com questões militares, no Larrouse, em 1908. Posteriormente, nos anos sessenta, esta conotação estendeu-se à educação, podendo significar: o curso (a habilitação académica), o sistema (o plano de formação dos formadores) e o processo (a formação como resultado).

Goguelin (1994 cf. M. Silva, 2000) identificou quatro pólos semânticos que contribuem para a definição do campo conceptual da formação:

1. o pólo educar: provém do étimo latino *educare* (alimentar, criar...) e *educere* (fazer sair de...). Trata-se de um conceito abrangente que designa tanto o desenvolvimento intelectual ou moral como o físico;
2. o pólo ensinar: com origem no latim *insignare* (conferir marca, uma distinção) aproxima-se dos vocábulos aprender, explicar, demonstrar e confere um sentido predominantemente operativo ou metodológico e institucional. "O ensino é uma educação intencional que se exerce numa instituição cujos fins são explícitos, os métodos codificados, e está assegurada por profissionais" (Fabre, 1995: 22);
3. o pólo instruir: do latim *instruere* (inserir, dispor...) apela aos conteúdos a

transmitir, fornecendo ao espírito instrumentos intelectuais, informação esclarecedora;

4. o pólo formar: tem origem no latim *formare* (dar o ser e a forma, organizar, estabelecer). O vocábulo apela a uma acção profunda e global da pessoa: transformação de todo o ser configurando saberes, saber fazer e saber ser.

Considerando os quatro pólos semânticos evocados, constata-se algumas aproximações entre eles. Contudo, cada qual adquire um sentido específico que o caracteriza e diferencia de todos os outros.

Neste sentido, Goguelin (1994) explicita que formar evoca uma intervenção profunda e global, que produz no sujeito um desenvolvimento nos domínios intelectual, físico ou moral, assim como uma modificação nas estruturas correspondentes a esses domínios, de tal maneira que esse desenvolvimento não seja simplesmente um acréscimo à estrutura existente, mas fique integrado em novas estruturas. Para o autor a formação é indutora de mudança na interacção do indivíduo com o meio, inscrevendo-se, neste sentido, num quadro de uma política prospectiva que é, idealmente portadora de futuro.

Assim, ao invés de fazer do formando um indivíduo inteligente, possuidor de raciocínio lógico sem falhas, a formação deverá ser centrada na pessoa e ter como objectivo desenvolver a sua personalidade de forma equilibrada, com novas aptidões e susceptível de se adaptar, transformar e aperfeiçoar, no contacto com situações novas (Mialaret, 1980). Tal como afirma Barbosa (1997: 64), "*formar é deixar que se revelem nos indivíduos sujeitos a acções de formação, todos os aspectos de ordem complexa que lhe são desconhecidos.*"

A partir da definição semântica de Goguelin (1994), Fabre (1995:23) identifica uma tripla orientação do termo formar: 1) "transmitir conhecimentos como a instrução; 2) modelar a personalidade na sua globalidade; 3) integrar o saber com a prática e com a vida". Torna-se assim pertinente situar a formação como conceito e prática, a qual se configura com uma estreita aproximação ao que é definido como educação e instrução, mas não se confunde conceptualmente: "*formar é mais ontológico do que instruir ou educar: na formação, é o próprio ser que está em causa na sua forma*" (Fabre, 1995: 23).

Avanzini (1996) delimita o que entende por educação e por formação, admitindo, no entanto, que a ambiguidade possa afectar ambos os conceitos. Para este autor a educação “*é a prática que se exerce sem objectivo limitativo, esforçando-se por desenvolver a polivalência da pessoa e, como tal, ao mesmo tempo alargar quer a sua cultura, quer as suas possibilidades de escolha profissionais ou outras*”; por outro lado identifica como formação “*a actividade desenvolvida com o objectivo de conferir ao sujeito uma competência que é, por um lado precisa e limitada e, por outro lado predeterminada, ou seja, o seu uso é previsto desde o começo*”. (Avanzini, 1996:9).

Cardim (1998) realça também a importância da distinção entre formação e educação, sintetizando as principais diferenças esta sintetizada no quadro abaixo apresentado.

Quadro 1.- Distinção entre Educação e Formação

	EDUCAÇÃO	FORMAÇÃO
Conteúdo	Estruturas mais teóricas e conceptuais que fundamentam capacidades analíticas e críticas	Estruturas, capacidades, atitudes e comportamentos determinados num contexto de trabalho específico
Processo	Orgânico e amplo de mudança visando estabelecer uma base de condutas generalizadas e diversas situações similares ou inovadoras	Mecânico que se baseia em respostas uniformes e previsíveis através de uma instrução normalizada reforçada mediante a prática e a repetição
Orientação	Para o desenvolvimento da pessoa	Para o trabalho e a profissão
Efeito	Geral para o conjunto das actividades e funções do indivíduo e estimulante das diferenças individuais	Específico a situações de trabalho e uniformizador
Tempo	Mediato e alargado	Imediato e limitado

Fonte: Cardim (1998: 203).

Nesta linha de pensamento, Dominicé (1985) atribui significados distintos à formação e educação. Enquanto que a educação envolve acções formais e institucionalizadas, a formação é algo mais dinâmico, mais personalizado, menos institucionalizado, que põe em evidência a autonomia, o desenvolvimento, a interacção

e a mudança.

A formação, para Berbaum (1982), significa um produto, entendido como os resultados obtidos com uma acção, mas também, um processo capaz de levar à mudança de comportamentos. Não se trata da assunção estática de conhecimentos adquiridos passivamente, mas constitui-se, essencialmente numa aquisição activa de novos conhecimentos, num aprender a aprender. Deste modo, *“fala-se em formação quando há lugar a uma intervenção que visa contribuir para a emergência de uma resposta comportamental nova”* (Berbaum, 1993: 13).

Estes conceitos permitem-nos entender que, inerente à palavra formação encontram-se as dimensões pessoa, como sujeito crítico e reflexivo, acção e modificação, subentendendo-se a mobilização da pessoa num continuum de um para outro estado de equilíbrio mais enriquecedor do ponto de vista do seu desenvolvimento pessoal.

Para Honoré (1980) a formação é concebida como uma dimensão fundamental da vida humana atribuindo-lhe uma supremacia face à educação.

No entanto, o conceito de formação é, tal como o de educação, polissémico, podendo situar-se em dois pólos relativamente distintos: i) um, relevando a dimensão do saber e do saber fazer, numa óptica valorativa do domínio profissional e do formando como integrado num sistema complexo de produção, que exige saberes e competências especializadas, nas quais e para as quais é preciso formar; ii) outro, enfatizando a dimensão do desenvolvimento global do sujeito, redimensiona o saber, o saber fazer e o saber ser, numa perspectiva de construção integradora de todas as dimensões constitutivas do formando, privilegiando a auto-reflexão e a análise, no sentido de uma desestruturação-reestruturação contínua do sujeito como ser multidimensional (Honoré, 1980). A formação, assim entendida, constitui-se como um processo global, no qual estão implicadas as diferentes dimensões da vida. (Josso, 1991).

Alin (1996), considera que a formação apela a uma enunciação, pelo próprio sujeito, de questões que representa como consubstanciadoras do seu projecto, do seu dever, e que não pertencem exclusivamente ao domínio dos objectos exteriores, com os quais estabelece relação, mas fundamentalmente ao domínio do ser, consigo próprio e com os outros, estabelecendo uma ligação estreita entre o ser e o fazer, o ser e o saber.

Aprofundando a noção de formação, Lesne (1977) considera que esta é um

momento de socialização. Segundo este autor, o homem vive em sociedade e é “sujeito”, “objecto” e “agente social”. É objecto de “socialização-formação”, porque é determinado socialmente, mas é também “sujeito” da sua própria socialização ou seja “actor-social”; porque “*determina-se e adapta-se de forma activa aos diferentes papéis sociais e às exigências de funcionamento social*”.

À luz desta perspectiva, a permanente necessidade do se humano se reorganizar, reconstruir e auto-estruturar, transforma-o num “*agente informal de socialização-formação*” (Lesne, 1977: 43-35). Assistimos assim, na idade adulta a uma “*socialização reconstruída*”, a qual exige uma “*aprendizagem social ou um reequilíbrio das aprendizagens anteriores*” (Lesne 1977: 23). Como consequência o homem procura “*reactualizar-se*” prolongar e “*reorientar*” as suas aprendizagens anteriores; “*firmando-se numa posição de perpétuo aprendiz preocupado em digerir as mudanças incessantes que lhe são apresentadas*” (Boutinet, 1999 : 204).

Outro dos contributos pertinentes para a conceptualização da formação foi dado por Pineau (1985) definindo-a como um processo, com um carácter “*permanente, dialéctico e multiforme* que acompanha os indivíduos na sociedade” (Nóvoa, 1988 :76).

Esta perspectiva é explicitada por Pineau (1985), na sua teoria tripolar; a qual comporta: i) a *hetero-formação*, em que o indivíduo recebe conhecimentos e experiências do meio envolvente; ii) a *ecoformação*, onde se familiariza com um determinado meio que tem subjacente as dimensões profissional, social e relacional e, iii) a *auto-formação* em que o indivíduo aprende através da prática e adquire capacidades pela experiência diversificada e individualizada, realizada por si próprio.

Decorrente do exposto, pode-se então considerar a formação (qualquer que seja o seu sistema ou sub-sistema), como uma resposta a uma pressão social inerente ao processo de socialização.

Ferry (1983), para quem a formação pode definir-se como um “*processo de desenvolvimento individual destinado a adquirir ou aperfeiçoar capacidades*”, enquadra este conceito de acordo com uma tripla acepção:

- i) como **estratégia**: nesta óptica a formação é entendida como estratégia posta em prática pelas instituições de formação, partindo do princípio de que há necessidades objectivas de formação em função das próprias necessidades da instituição. Nesse sentido os formadores transmitem conhecimentos e

- saberes, procurando que os formandos se adaptem às exigências da instituição onde estão inseridos;
- ii) como **processo de desenvolvimento**: os indivíduos integram as aprendizagens formais e informais com a sua experiência de vida, isto é, são os agentes da sua própria formação;
 - iii) como **instituição**: a formação identifica-se com a instituição formadora, ou seja, o edifício, os horários, os programas, as normas, os modelos, os formadores.

A formação para este autor assume-se como um trabalho de cada um consigo mesmo. Não sendo uma preparação para agir, mas sim uma preparação para viver, o que, em sentido antropológico, a torna a mais humana das actividades.

Na mesma linha de orientação, Berbaum (1993) entende a formação como um projecto em que o próprio formando se constrói, tendo este um papel decisivo na sua formação. O mesmo autor defende que cabe aos formandos assumir o protagonismo da formação, tornando-se simultaneamente actores e sujeitos desse processo, esperando-se que actuem como agentes e como responsáveis pelo seu projecto de formação. Nesta óptica, o formando não é mais do que *“facilitador da realização do projecto de formação que o próprio formando constitui”* (Berbaum, 1993: 87).

Importa igualmente relevar que devido às grandes transformações, operadas a nível mundial, assiste-se a uma redefinição do próprio conceito de formação. Enquanto os programas tradicionais de formação tinham por base as qualificações dos trabalhadores, numa lógica taylorista, traduzindo-se numa transmissão ordenada e sistemática dos conhecimentos e habilidades tecnológicas aos trabalhadores e, tendo como objectivo a máxima eficiência, os novos modelos de formação contemplam outras dimensões, como aspectos culturais e sociais. Existe uma definição da formação, que é internacionalmente aceite, e que toma como pano de fundo o conteúdo da formação. Trata-se da definição resultante da recomendação n.º 150 da OIT, aprovada na sexagésima sessão, em 4 de Junho de 1975. Segundo a OIT, *“a formação em cada país deve responder às necessidades dos adolescentes e adultos ao longo da vida, em todos os sectores da economia e a todos os níveis de qualificação profissional e de responsabilidade”* (Cardim, 1998: 199). Ainda segundo a referida recomendação da

OIT, *“a formação profissional visa identificar e desenvolver aptidões humanas, tendo em vista uma vida activa produtiva e satisfatória e, em ligação com diversas formas de educação, melhorar as faculdades dos indivíduos compreenderem as condições de trabalho e o meio social e de influenciarem estes, individual, ou colectivamente”* (Cardim, 1998: 199).

Relativamente à formação dos profissionais de saúde, tem-se observado também uma crescente preocupação nas últimas décadas.

Já em 1980 a OMS defendia que *“para que se verifique a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é preciso, entre outros aspectos, que os profissionais de saúde aceitem prosseguir a sua formação durante a vida”*. Em 1983 mesma organização preconizava ser indispensável os países *“introduzirem nos seus currículos actividades de formação independentemente dos níveis dos estudos em que se encontrem, assegurando desta forma a qualidade dos cuidados por parte dos profissionais de saúde em actividade”*.

As constantes mudanças sociais, avanços científicos e tecnológicos e o desenvolvimento da investigação em todos os domínios do conhecimento produzem uma rápida transformação do saber, a que a escola tradicional já não consegue dar resposta. O fenómeno da *“desactualização constante”* (Sá-Chaves, 1994) faz com que surjam necessidades formativas ao longo do percurso profissional do indivíduo, às quais a formação inicial pode não responder. Tal como refere Nóvoa (1988: 112) *“de pouco serviria fornecer aos indivíduos hoje uma sólida base de conhecimentos cuja utilidade seria nula amanhã”*.

Ao nível da formação inicial, a prioridade deve assentar na aquisição de um conjunto de estratégias de aprendizagem de modo a que se constitua como um primeiro momento de uma formação que se desenvolve ao longo da vida (Canário, 1999). Como afirma Zeichner (1993: 17), *“o processo de aprendizagem prolonga-se durante toda a carreira profissional e, independentemente do que fazemos nos planos de formação, no melhor dos casos só poderemos preparar ao alunos para iniciar a profissão”*.

No âmbito da “formação” decorre então o conceito de “formação contínua”, podendo ser definida como o conjunto de actividades que se realizam após a formação inicial e que *“visa desenvolver novas capacidades permitindo uma melhor adaptação ao meio profissional”* (Veiga, 1995: 36) e *“aprofundar o grau de desenvolvimento*

peçoal e profissional” (Alarcão, 1992: 24).

Deste modo, *“a uma primeira fase de formação (formação inicial), deverá seguir-se uma outra formação continuada”* (Simões, 1979:255), pelo que o indivíduo deve ser responsável pela sua formação, de forma a responder às necessidades constantes do meio onde está inserido.

O processo de formação contínua, deverá então, como refere Schwartz (1969) *“tomar toda a pessoa capaz de se transformar em agente de mudança, isto é de melhor compreender o mundo técnico, social e cultural que o cerca e de agir sobre as estruturas onde vive, modificando-os; de trazer a cada um a tomada de consciência do seu poder como agente actuante, de desenvolver seres autónomos no sentido de se situarem e compreenderem o ambiente que os rodeia, de o influenciar e de compreender o jogo relativo entre a evolução da sociedade e de si próprio(...)”* (Correia 1993: 70), dito de outro modo a formação contínua deverá apelar á autonomia do indivíduo, atribuindo-lhe o papel de actor principal na apropriação de saberes (*saber fazer, saber ser e saber transformar-se*), veículos de estruturação social.

Parece então, pelo exposto, inquestionável que a formação dita inicial possa dotar os seus actores de saberes e competências capazes de lidar com as imprevisibilidades sociais. Decorrente desta perspectiva, Sá-Chaves (2000), reconhece quatro princípios orientadores na problematização da formação:

1. *princípio de inacabamento* – encontra-se “subjacente quer à produção universal de conhecimento quer à (re)construção pessoal dos saberes, sendo a única via de actualização a imprescindível condição de abertura ao novo;
2. *princípio de continuidade* – faz emergir a necessidade de actualização constante ao longo da vida;
3. *princípio de auto - implicação do formando* – este princípio nega o carácter redutor de uma concepção da formação centrada em modelos transmissivos e valoriza a apropriação reflectida de saberes. De acordo com o exposto, o indivíduo/ profissional é o actor principal no âmbito da formação contínua. Este, ao perceber as suas necessidades de formação, procura colmata-las *“num esforço de síntese e reflexão que lhe permite apropriar-se de um determinado espaço e tempo educativos integrando-os na sua história de vida e no seu percurso de formação”*. (Palmeiro, 1995: 26), o que lhe

permite uma postura interventiva na sociedade, desempenhando um papel de agente de mudanças, assumindo as suas escolhas, comportamentos e ideias. Perspectiva-se então, no âmbito da formação contínua a auto-formação com um cariz valorativo de extrema importância sendo, no dizer de Dominice (1982) “entendida como um processo de apropriação de cada um do seu próprio poder de formação” (Nóvoa, 1988: 102).

4. *princípio do efeito multiplicador da diversidade* - diz respeito aos efeitos que emergem da formação, os quais se poderão assemelhar a “*uma alavanca de desenvolvimento social das empresas*” (Sainssaulieu, 1999: 102). Neste sentido, para além dos efeitos técnicos e cognitivos, a formação potencia o efeito “profundamente social e relacional porque não pára de provocar dinâmicas de promoção, de abertura, de cultura e de criatividade ligadas ao efeito da aprendizagem e de mudança dos conhecimentos, das representações e das relações que acompanham qualquer efeito pedagógico” (Sainssaulieu 1999: 105).

Estes princípios orientadores salientam uma perspectiva sistémica da formação, em que o passado, presente e futuro são reconhecidos como elementos de construção da sociedade e, consequentemente, como elementos importantes na formação dos indivíduos.

Outra definição de formação contínua é apresentada pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional que preconiza que esta se “*insere no decurso da vida profissional do trabalhador e destina-se, essencialmente, a propiciar-lhe a adaptação às mutações verificadas nos domínios tecnológico, organizacional ou qualquer outro relevante, favorecer a promoção profissional e melhorar a qualidade do emprego*”.

Ciente do papel determinante da Administração Pública na economia do País, o Governo definiu no Decreto Lei N.º 50/98, de 11 de Março como objectivo estratégico «*a qualificação, a dignificação, a motivação e a profissionalização dos recursos humanos da Administração Pública, através de uma política coerente e adequada de carreiras, remunerações e formação profissional*», procedendo à regulamentação do direito à formação profissional. De entre as principais alterações feitas ao anterior Decreto-Lei nº 9/94, de 13 de Janeiro, são de realçar as que se prendem com: a

regulamentação do direito à formação profissional, através da atribuição de um crédito de trinta e cinco horas anuais ao pessoal, que, por sua iniciativa, o pode utilizar em acções de formação, quando não seja contemplado nos planos de formação dos serviços; a reformulação do sistema existente, de modo a facilitar o levantamento das necessidades de formação e a elaboração dos planos adequados à sua satisfação, em sintonia com a feitura dos planos de actividades e os orçamentos dos serviços.

Deste modo, atribuem-se à Administração os mecanismos para dar resposta às contínuas transformações económicas, sociais, culturais e tecnológicas, entre os quais a formação contínua.

Segundo o artigo 12º do N.º 50/98, de 11 de Março a formação contínua visa *“promover a actualização e a valorização pessoal e profissional dos funcionários e agentes, em consonância com as políticas subjacentes aos programas de desenvolvimento, inovação e mudança da Administração Pública”*, constituindo como objectivos específicos da formação contínua os seguintes:

- a) O complemento da formação de base, actualizando-a e proporcionando a preparação necessária para o desenvolvimento técnico-científico;
- b) A adequação às inovações técnicas e tecnológicas com reflexo directo no desempenho profissional;
- c) O desenvolvimento e valorização pessoal e profissional dos funcionários e agentes da Administração, tendo por objectivo o desempenho de tarefas mais complexas, a promoção e a intercomunicabilidade de carreiras.

Como modalidades de formação contínua o mesmo Decreto-Lei destaca as seguintes:

- a) A formação de aperfeiçoamento, que visa o aprofundamento e a melhoria das capacidades já existentes;
- b) A formação de especialização, que visa conferir e desenvolver ou aprofundar conhecimentos e aptidões profissionais relativamente a determinada técnica ou área do saber, proporcionando o exercício especializado de funções nos correspondentes domínios;
- c) A formação para promoção na carreira, que, nos casos e nos termos em que o respectivo regime o preveja, visa especificamente o desenvolvimento dos

conhecimentos e aptidões profissionais considerados indispensáveis para o exercício de funções de maior complexidade e responsabilidade no âmbito da mesma carreira;

d) A formação de reconversão profissional, que visa conferir os conhecimentos e as aptidões profissionais indispensáveis ao exercício das tarefas e responsabilidades relativas ao conteúdo funcional da carreira diversa daquela em que o funcionário está integrado, suprimindo a falta de habilitações literárias ou qualificações profissionais legalmente estabelecidas para provimento na nova carreira e possibilitando, dessa forma, a sua adequada transição.

No âmbito de uma organização de saúde, a formação contínua, é entendida pela OMS como *“a formação que um profissional de saúde empreende posteriormente aos seus estudos profissionais de base e, eventualmente, após os estudos complementares, com uma intenção de melhorar a sua competência no exercício da sua profissão e não de obter um novo diploma ou um novo título”*.

A tentativa de conferir uma maior clareza e inteligibilidade ao quadro conceptual da formação contínua levou desde há muito os investigadores a procurarem o enunciado de paradigmas. Um destes paradigmas é defendido por Jackson (1971 cf. Rodrigues e Esteves, 1993), colocando em contraste duas perspectivas distintas sobre formação contínua:

1. a perspectiva do deficit (*the defect approach*) - radica nas convicções de que uma dada formação de um profissional é obsoleta ou ineficiente. Segundo este autor, as razões do carácter obsoleto de uma formação pode dever-se a: formação inicial limitada, falta de actualização no domínio científico disciplinar e ignorância acerca das novidades no domínio da profissão.
2. a perspectiva do crescimento (*the growth approach*) - concebe a formação contínua como instrumento de procura de uma maior realização profissional. Assume-se, ainda, que não há uma única forma de se ser um bom profissional. Neste sentido, a experiência só por si não é considerada suficiente para estimular o crescimento de um profissional, sendo essencial a disponibilização de tempo e de instrumentos

necessários.

Na linha de pensamento dos paradigmas acima descritos, Éraut, adianta que é possível e útil, actualmente, falar em outros dois paradigmas (Rodrigues e Esteves, 1993):

- o paradigma da mudança (*the change paradigm*)
- o paradigma da resolução de problemas (*the problem-solving paradigm*)

Tomando como referência Rodrigues e Esteves (1993), a aplicação do primeiro paradigma (*change paradigm*) na área das Tecnologias da Saúde, pode centrar-se nas necessidades das escolas superiores de tecnologias de saúde acompanharem, ou mesmo anteciparem, as mudanças na sociedade, em geral, e nas necessidades das organizações de saúde se abrirem às mudanças que ocorrem na sociedade actual. Dentro desta perspectiva, parece-me consensual assumir a necessidade de reorientação das competências dos TDT para que estes possam acompanhar as mudanças que eles poderão à partida não reconhecer, não compreender ou não desejar, ou seja, há uma necessidade de investimento no conhecimento e destrezas necessárias às mudanças resultantes dos novos modelos de prestação de cuidados de saúde, tendo como pano de fundo a consciencialização e a reflexão dos profissionais acerca dessas mudanças que se operam. É neste contexto que a análise das necessidades de formação se assume como um instrumento de grande importância ao serviço da estratégia de planificação que, em última instância, poderá encontrar os procedimentos ajustados e necessários às novas exigências sociais.

O paradigma da resolução de problemas (*problem-solving paradigm*) surge na literatura desde os anos 70 e pode igualmente ser aplicado ao campo da saúde. Nesta concepção admite-se que, dada a complexidade do exercício profissional dentro da prestação dos cuidados de saúde, a emergência de problemas é uma constante nos locais de trabalho. Sendo assim, o diagnóstico destes problemas resulta melhor quando é feito pelos próprios profissionais, dado o seu conhecimento directo dos processos de trabalho e do contexto profissional. Esta concepção defende então que as actividades de formação contínua deveriam orientar-se para o estudo e solução dos problemas assim diagnosticados.

Da dialéctica constante entre o actor em formação e os contextos

permanentemente em evolução ressalta a natureza complexa da formação, bem como a imprevisibilidade das condições futuras do exercício profissional. Parafraseando Rodrigues e Esteves (1993), estas transformações realçam a importância da adopção de uma aprendizagem ao longo de todo o percurso profissional e consequente abandono da noção de que a formação inicial é válida para toda a vida. Estes novos desafios, de uma sociedade em contínua mudança apresentam novas exigências, tanto a cidadãos individualmente considerados, quanto aos sistemas organizacionais, e reclamam respostas adequadas, justificando, em grande medida, a ênfase que tem sido dada à formação contínua.

1.1.2 – A FORMAÇÃO NO CONTEXTO SOCIAL DAS ORGANIZAÇÕES

O crescente processo de globalização tem provocado um forte impacto no mundo do trabalho.

Os novos desafios da sociedade fazem emergir novos conceitos de produção e modelos de “especialização flexível” que trazem grandes alterações ao conteúdo e qualidade do trabalho: a) menor divisão do trabalho; b) integração entre produção e controlo de qualidade; c) trabalho de equipa versus trabalho individual; d) tarefas em posto de trabalho versus funções polivalentes (grupos semi-autónomos).

Associadas a todas estas transformações dá-se também uma rápida evolução tecnológica que se manifesta quer ao nível dos novos equipamentos quer ao nível das tecnologias de informação e comunicação (TIC). As mudanças sociais e no mercado de trabalho, o aparecimento de novos perfis profissionais, com a consequente necessidade de assumir novas ou mais exigentes responsabilidades, faz com que a relação com o trabalho assuma novas tendências: o trabalho é mais abstracto, autónomo, intelectualizado e complexo. Mas, este desenvolvimento tecnológico também traz fragilidades: as tarefas tornam-se, por vezes, indeterminadas - esta condição resulta do facto de que a decisão do trabalhador está directamente dependente da sua capacidade de captar e interpretar uma infinidade de informação transmitida (muitas vezes por meios informáticos). O trabalho repetitivo é substituído por outro mais complexo, em que é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e agir em determinada situação concreta. Estas situações tornam-se imprevisíveis a todo o instante, especialmente numa

área como a saúde. O profissional ou as equipas de trabalho têm que saber optar e agir com base em operações cada vez mais mentais e cognitivas.

Por tudo isto, parece-me que as organizações vivem actualmente subjugadas por uma necessidade imperiosa de constante adaptação.

Os problemas gerados pela crescente globalização, associados às dificuldades de inserção socio-profissional e às permanentes alterações (técnicas e organizacionais) no mundo do trabalho têm contribuído para uma maior reflexão sobre as políticas de formação de recursos humanos.

Na verdade, aos recursos humanos colocam-se novas questões e desafios que implicam novos contextos de formação e de desenvolvimento de competências, mas também de uma postura de muito maior envolvimento com a actividade profissional, nomeadamente no que concerne às necessidades de permanente actualização e reciclagem de conhecimentos. Por outro lado, os novos conceitos de organização e produção, com recurso às novas tecnologias, põem em xeque as noções de “qualificação para o posto de trabalho” ou “qualificação para o emprego”.

O campo da formação tem vindo assim a deslocar-se do seu papel tradicional de instância de produção de qualificações individuais, para desempenhar um papel cada vez mais relevante como instância de regulação social intervindo ao nível da empresa e da gestão global da sociedade (Correia, 1996).

É de relevar que a importância da formação na estrutura das organizações foi estudada por Sainsaulieu (1987), demonstrando que as acções de formação contínua são portadoras de processos transformadores e de mudanças organizacionais suficientes para que se possam integrar no número de vias privilegiadas do desenvolvimento social das empresas contemporâneas.

As transformações profundas nas modalidades de competição económica e a emergência de modelos de competitividade particularmente atentos à qualidade, à variedade e à inovação, realça a necessidade da formação contínua nas organizações. Esta deve assegurar a qualidade e eficiência dos serviços prestados, contribuindo para a produção da polivalência através da construção de novas competências ou de competências transversais, tais como capacidade de resolver problemas, capacidade de comunicar ou de trabalhar em equipe.

Importa contudo relevar que no caso particular das instituições de saúde há que

ter em conta que são organizações com características muito específicas, com entidade e personalidade “próprias”, cujos fins e orientações hierárquicas e práticas se guiam por princípios e valores de referência, sendo o objectivo primordial a resposta às necessidades dos utentes aos mais diferentes níveis de promoção da saúde, prevenção das doenças e de reabilitação do estado da saúde.

Na realidade, *“a necessidade de melhorar e otimizar as características da prestação de cuidados de saúde e a própria evolução do trabalho nos hospitais e centros de saúde apela a uma renovação de conteúdos e a uma renovação das modalidades de formação contínua. Isto supõe que a formação, promova, ente outros aspectos, a adequação das qualificações profissionais às constantes mudanças dos estados de saúde e de doença dos cidadãos, para além de realizar a sua função fundamental de contribuir para o desenvolvimento e satisfação pessoal, bem como para fomentar o exercício da cidadania das diferentes categorias profissionais da saúde”* (Silva, 2004:1).

A importância atribuída à formação contínua tem evoluído ao longo do tempo, tal como foi referido anteriormente. Durante os anos 60 a formação contínua parece ter sido perspectivada essencialmente como uma “segunda oportunidade” para indivíduos relativamente desqualificados obterem um diploma que lhes permitisse a promoção social e profissional. Após a crise económica do início dos anos 70 surge uma outra perspectiva sobre a utilidade da formação contínua, passando a ser considerada como um instrumento orientado para a inserção de desempregados e/ou ainda para ajustar as características dos recursos humanos às necessidades dos seus contextos de trabalho, ao permitir o paralelismo e articulação entre percurso profissional e percurso de formação (aproximação entre trabalho e formação).

Surge assim a concepção da formação como veículo de mudança no trabalho. Contudo, os modelos de formação contínua desenvolvidos nessa altura são marcados por uma abordagem funcionalista das organizações, em que se privilegia uma boa organização do trabalho em detrimento da autonomia dos profissionais. É o que Fridberg (1993) designa pelo “desproblematizar o factor humano”.

Segundo Claude Dubar (1990), a lógica desta formação organiza-se em torno dos seguintes pressupostos:

1. o pressuposto de que a mudança é fundamentalmente, uma mudança técnica

- e que a formação intervém á posteriori, isto é, contribui apenas para o restabelecimento do equilíbrio do sistema assegurando a adaptação técnica e, eventualmente, a adaptação psicológica dos indivíduos ao novo contexto;
2. o pressuposto de que a mudança para ser eficaz tem que se apoiar numa segmentação social acrescida entre os conceptores e os executantes;
 3. o pressuposto de que a formação visa apenas produzir qualificações novas ou substituir aquelas que se mostram obsoletas.

Barroso (1995) distingue duas grandes fases que permitem descrever a evolução das relações entre a formação e as organizações. A primeira fase tem por designação genérica “da marginalidade à mediação”; corresponde à evolução inicial da formação contínua de adultos e compreende o período em que era vista como uma *“educação recorrente, assente em necessidades individuais, à margem dos problemas das organizações e fora dos contextos de trabalho, até ao momento em que se começa a valorizar os recursos humanos e se procura fazer, através da formação, a mediação entre as necessidades dos indivíduos e as necessidades das organizações* (Barroso, 1995: 40).

A segunda fase, denominada pelo autor “da mediação à integração”, corresponde a um período em que *“progressivamente se intensificam as relações entre os tempos e os espaços de formação e os tempos e espaços de trabalho, o que induz modalidades de formação centrada nas organizações de trabalho dos participantes com o desenvolvimento da formação-acção, da formação experiencial, da autoformação e de outras práticas que tiram partido do reconhecimento da inteligência informal desenvolvida pelos trabalhadores e da sua autonomia enquanto actores organizadores”* (Barroso, 1995: 40).

A análise de um conjunto de experiências inovadoras desenvolvidas no domínio da formação profissional contínua permitiu a Dubar (1990) identificar alguns dos pontos sensíveis destas experiências relativamente aos quais elas não encontraram soluções unívocas. O primeiro diz respeito ao ajustamento da formação do pessoal com a evolução efectiva do conteúdo do trabalho, em que a gestão previsional do trabalho já não pode ser assegurada através de uma técnica racional de gestão, mas por sistemas de acção estratégica capazes de gerirem “zonas de incerteza” organizacional.

Outro dos problemas apontados por Dubar prende-se com o facto de as *“relações estratégicas entre formação-trabalho-emprego se traduzirem concretamente por tensões, compromissos e conflitos entre os actores múltiplos destas operações de formação que têm cada uma delas a sua própria lógica que não é só de optimização económica mas também de reconhecimento identitário. É por isso que as inovações de formação, que são inseparáveis das transformações do trabalho e do emprego interferem com as dinâmicas mais delicadas das mudanças em curso: as que ligam o económico com o cultural. O individual com o social, a eficácia e o reconhecimento”*.

Perante todas as mudanças ocorridas ao nível mercados de trabalho, a responsabilidade social das organizações implica não apenas satisfazer as obrigações jurídicas mas também, assumir voluntariamente outras obrigações, tal como investir no capital humano, no ambiente e nas relações com todas as partes envolvidas no campo de acção das organizações ¹.

Peretti (1997) afirma que compete à formação dar corpo a uma política que deve responder a um duplo objectivo: a) permitir adaptar os recursos humanos às mudanças estruturais e às alterações das condições de trabalho, como consequência do contexto económico e tecnológico e b) permitir determinar e assumir as inovações e alterações a realizar para assegurar o desenvolvimento das organizações.

Segundo o mesmo autor, actualmente parece adquirido por parte das organizações que a formação contribui, de forma muito expressiva para a realização dos seus objectivos estratégicos. Esta contribuição, é essencialmente exercida pelo impacto que a formação tem ao nível das competências dos profissionais, que se traduz em acções eficazes sobre uma determinada situação e/ou problema concreto. A formação surge assim como um instrumento por excelência facilitador do processo de mudança, contribuindo em muito para o desenvolvimento das novas competências organizacionais e, consequentemente, para o aumento da competitividade das organizações.

Não obstante esta mudança na forma de encarar a formação, verifica-se presentemente a existência de diversos obstáculos à implementação de políticas de formação no seio das organizações.

¹ De relevar que Belmiro de Azevedo (Câmara, Guerra e Rodrigues, 1997 in Caetano e Vala, 2002:333) refere à importância do capital humano nos seguintes termos: *“o capital humano é o instrumento principal de crescimento e riqueza dos países, com especial destaque para os países pequenos como Portugal”*; *“o capital humano, tal como o capital financeiro e tecnológico, tem que ser redescoberto e renovado”*.

Segundo Moores (2002), o facto de um profissional sentir que a organização valoriza as suas competências e lhe proporciona o desenvolvimento das mesmas, faz com que no futuro, mais facilmente, esse profissional deseje adquirir novos conhecimentos e esteja mais motivado para a formação na sua actividade profissional.

Esta ideia é reforçada por Barroso (1995) ao defender que só será possível pôr em prática modalidades de formação que permitam aos trabalhadores aprenderem através da organização e das suas situações de trabalho, se a própria organização “aprender” a valorizar a experiência dos trabalhadores e a criar condições para que eles participem na tomada de decisão.

O mesmo autor refere que um indivíduo que domine o maior número de competências na sua área profissional estará melhor posicionado para emitir uma opinião fundamentada, terá maior percepção do meio que o rodeia, estará mais atento e mais facilmente poderá participar activamente nos processos de mudança, é mais sensível às necessidades e problemas da sua organização e isso torna-o uma mais-valia.

Na verdade, num contexto de constantes mudanças que ocorrem ao nível das organizações, as competências dos profissionais têm que ser continuamente reformuladas. Neste sentido, o equilíbrio entre a estrutura organizacional e as competências individuais revela-se essencial na resposta aos novos desafios. Moores considera que a competência, baseada numa sólida formação profissional contínua é o principal mecanismo de sucesso de uma organização.

Moores (2002) assinala duas dimensões a ter em conta numa estratégia de formação contínua:

1. Organização: é responsável pelo levantamento das necessidades no seio da organização, deverá proporcionar as condições para que a formação ocorra e definir quais as competências e o tipo de formação necessárias;
2. Indivíduos: responsáveis pela sua auto-formação, motivação e participação nas actividades de formação contínua.

Caetano e Vala (2002: 354) defendem uma absoluta pertinência da articulação estreita entre as práticas de formação e a gestão estratégica das organizações, agrupando condições para que as actividades centradas sobre as pessoas tenham sequências em decisões organizacionais que criem condições férteis à plena actualização das

competências adquiridas na formação. Sendo assim, a formação, enquanto função maior da moderna gestão de recursos humanos, reunirá condições para um total desenvolvimento assumindo a verdadeira plenitude como poderosa alavanca da construção do sucesso nas organizações do futuro.

Assim sendo, a formação contínua deverá ser então uma responsabilidade repartida entre o indivíduo e a organização, desempenhando simultaneamente a função de produzir satisfação profissional e elevados padrões de performance económica (Caetano e Vala, 2002).

Em síntese, num cenário onde a única realidade verdadeiramente estável é a mudança, os profissionais terão que se alicerçar nas competências transversais e na aprendizagem ao longo da vida, constituindo-se assim a formação profissional como um recurso basilar quer do desenvolvimento humano, quer das organizações.

1.1.3 – NECESSIDADES DE FORMAÇÃO CONTÍNUA NAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE

1.1.3.1 Formação como Estratégia de Desenvolvimento Pessoal e Profissional

No caso concreto das organizações da saúde, estas deveriam assumir um papel mais determinante na formação dos seus profissionais, através da criação de oportunidades, promovendo deste modo o seu desenvolvimento profissional e pessoal dos TDT, o que se traduz numa mais-valia para as organizações da saúde e, em última instância, contribui para o êxito colectivo da organização.

Infelizmente, pouco se sabe sobre as necessidades e o tipo de investimento efectuado ao nível da formação contínua dos profissionais da área das Tecnologias da Saúde em Portugal, quer por parte do Estado, quer por parte das instituições onde estes profissionais exercem a sua profissão. A ressonância da existência de uma certa lacuna ou falta de investimento advém dos estudos realizados nalguns países anglosaxónicos, entre os quais o Reino Unido.

Por exemplo, os resultados de um estudo efectuado no Reino Unido revelaram que a falta de financiamento e não criação de condições necessárias por parte das instituições empregadoras constituem as principais dificuldades apontadas pelos

Técnicos de Radiologia no âmbito da formação contínua (Castle et al., 1996). Constatase também que, em muitos casos, a não participação em actividades de formação contínua advém do facto de os profissionais encararem estas actividades apenas como um meio de progressão individual na carreira e não como uma responsabilidade colectiva na organização (Moore, 2002).

Moore refere ainda que um dos maiores desafios que a Imagiologia² enfrenta actualmente é a construção de uma “lista” hierárquica de todas as actividades existentes neste ramo, ou que permita a elaboração de categorias de competências. *“Enquanto todas as competências não estiverem completamente definidas, a profissão de Técnico de Radiologia não poderá ser bem definida”* (Moore, 2002). Como se sabe, o sector da Imagiologia tem sido alvo de grandes mutações, decorrentes da evolução tecnológica dos últimos 20 anos. Esta evolução tem permitido um consequente aumento da informação clínica, na área do diagnóstico. Isto levanta questões a vários níveis, nomeadamente: infra-estruturas, competências técnicas e a própria reorientação dos saberes médicos com base nestas informações clínicas fornecidas pelas novas tecnologias e consequente aplicação nos cuidados de saúde prestados (Moore, 2002).

Infelizmente, durante este período de evolução não têm sido desenvolvidas as alterações necessárias, quer ao nível individual, quer ao nível organizacional que permitam o acompanhamento dessa mesma evolução e a participação nos processos de mudança.

Assim, a tarefa de proporcionar uma vivência mais adaptativa neste processo de mudança implica criar condições nas quais os sujeitos possam adquirir competências em áreas problemáticas, em ordem a estarem mais aptos a lidar com este acontecimento de vida aquando da sua ocorrência.

É neste sentido que se torna emergente uma estratégia de formação contínua que permita dotar os TDT de competências que lhes permitam responder aos novos desafios.

Neste sentido, um programa de formação contínua bem estruturado constituiria a base de toda a estratégia de desenvolvimento de competências que se revelam essenciais, uma vez que as actividades realizadas na área das Tecnologias da Saúde requerem elevados requisitos técnicos.

² Apesar de ser conceptualmente distinto a noção de Imagiologia e Radiologia, no presente trabalho, utilizo de forma indistinta os dois termos quando refiro aos serviços onde se enquadram os Técnicos de Radiologia.

A formação, bem como aspectos ligados à regulamentação, à identidade profissional, à estrutura e aos conteúdos necessários para o exercício do trabalho, assumiram novos contornos nas últimas décadas, ganhando destaque em todos os espaços de defesa de uma prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Além das exigências que advêm dos progressos técnico-científicos, os TDT confrontam-se também com exigências oriundas das transformações que ocorrem no mundo do trabalho. O discurso prevalente aponta que as competências do novo trabalhador passam pela autonomia, criatividade, produtividade e capacidade de adaptação às constantes mutações sociais. A resposta aos futuros desafios das Tecnologias da Saúde passa pela elaboração de um modelo eficaz de Formação Contínua, com o objectivo de responder às necessidades dos Técnicos, dos serviços de saúde e dos doentes.

Para Charlot (1976), os profissionais procuram a formação por duas razões: para actualização dos conhecimentos ou aprendizagem de novas competências e como meio de ascensão profissional. De facto, a formação estruturada no e sobre o exercício do trabalho conduz à apropriação de competências no domínio técnico e cognitivo, mas também no domínio social e relacional *“porque não pára de provocar dinâmicas de promoção de abertura, de cultura e de criatividade, ligadas ao efeito de aprendizagem e de mudanças dos conhecimentos, das representações e das relações que acompanham qualquer efeito pedagógico”* (Sainssaulieu, 1999: 102).

Um programa eficaz de formação contínua contribui ainda para a melhoria do desempenho e eficácia das práticas, para o acréscimo de responsabilidade, de motivação e realização profissional e pessoal, factores que se revelam indispensáveis para uma prestação de serviços de saúde de qualidade.

De relevar que, nas últimas décadas, a profissão de Técnico de Radiologia tem apresentado uma viragem na sua actuação ao repensar as formas de ensino e aprendizagem, ampliar os conhecimentos a outras áreas, apostar na educação e formação, rigor científico e implementar a investigação em áreas de interesse. Isto permite um aumento dos conhecimentos técnicos e especialização, o que contribui para um acréscimo das suas competências e autonomia do seio da organização hospitalar. Não obstante já se terem dado passos muito importantes para o crescimento desta profissão, e de se verificar uma grande evolução na conquista de competências, ainda

não parecem estar consolidados, os valores que permitem fazer emergir uma matriz cultural nesta profissão.

Neste contexto, a aposta em políticas de formação será uma oportunidade para a estruturação e trajectória da uma identidade e auto-conceito positivo, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional.

1.1.3.2 Formação, Saberes e Competências: uma relação imprescindível

A formação passa cada vez mais a ser assumida como um fenómeno educativo articulado com os processos produtivos e surgem os chamados *trabalhadores do conhecimento*, saindo as exigências do escopo do *saber fazer* para o *saber porque fazer*.

A formação profissional passa então do “*simples treino para a operação, para o desenvolvimento sistemático de capacidades reunidas sob o nome genérico de competências*” (Serrano e Fialho, 2003: 31).

O termo competência deriva do latim *competentia* e designa, em sentido genérico, “capacidade para apreciar ou resolver qualquer assunto” (Séguier, 1976:271). A competência é ainda designada como: “poder de um tribunal, de um funcionário; medida desse poder; aptidão, idoneidade; autoridade, saber, soma de conhecimentos” (Séguier, 271).

Caetano e Vala (2002) propõe que a competência é a capacidade de um indivíduo mobilizar e pôr em prática saberes práticos e teóricos, validados e requeridos para dominar uma situação de trabalho em diversas dimensões.

Segundo Le Boterf, citado por Almeida (2003), à noção de competência está associada uma trilogia do agir, do saber e do ser:

- 3 o “saber-fazer” implica todo um conjunto de saberes (quer adquiridos formalmente pelo próprio sujeito, quer adquiridos a partir da sua experiência de vida) que permitem que este “saber-fazer” não se reduza a uma acção mecânica, inconsciente e cega nos seus métodos e objectivos.
- 4 o “saber-saber” significa a compreensão da tarefa como um todo, numa postura consciente e reflexiva, ou seja, saber o como, o porquê e o para quê de cada acção.
- 5 o “saber-ser” embora difícil de definir, aponta para uma relação social, para um

“modo de estar”, uma qualificação social como parte integrante dum agir denominado “competente” num determinado contexto. Este conceito faz parte da *“capacidade de fazer propostas, de exprimir a sua disponibilidade, de fazer circular a informação, de se integrar num grupo e de aceitar as críticas”* (Almeida, 2002:18).

À noção de competência estão associadas ainda outras noções essenciais que são a responsabilidade e a autonomia. A partir do momento em que um indivíduo tem o “poder” de uma determinada competência, ele é responsabilizado pelo exercício dessa mesma competência e é-lhe conferida autonomia.

Transpondo esta análise para o campo do exercício profissional, constata-se que estas noções se adaptam perfeitamente. O exercício de uma profissão pressupõe uma competência ou competências específicas para a realização de tarefas exigidas por essa profissão. Assim sendo, ainda segundo Le Boterf (1998), a competência constitui:

1. Um **saber mobilizar**, em tempo oportuno, as capacidades, os conhecimentos ou os comportamentos que foram (mas não necessariamente) adquiridos na formação. Não basta possuir esses conhecimentos e essas capacidades, para ser competente. É preciso saber aplicá-los, quando necessário, em circunstâncias apropriadas.
2. Um **saber integrar**, os saberes e os saber fazer, bem como, os comportamentos diversos, heterogéneos e múltiplos. Para ser competente é preciso saber organizar, seleccionar e integrar o que pode ser útil para realizar uma actividade profissional, resolver um problema ou concretizar um projecto.
3. Um **saber transferir**. Toda a competência é transferível ou adaptável, não se limita à realização de uma tarefa única e repetitiva, pressupõe a capacidade de aprender e de inovar. Quanto mais uma competência for aplicada, mais será desenvolvida, aumentando significativamente a probabilidade de desempenhos mais competentes, por outro lado, desempenhos com níveis de competência cada vez mais elevados potenciarão sujeitos cada vez mais competentes. Por outro lado, ser capaz de transferir competências e saberes adquiridos num determinado campo de acção, permite ao profissional ampliar o seu nível de aplicabilidade a um vasto conjunto de áreas.

De acordo com o exposto, a competência profissional enforma-se na capacidade de, numa determinada situação em contexto de trabalho, o indivíduo por em prática um conjunto de conhecimentos, comportamentos, capacidades e atitudes, sendo necessário para a sua aquisição a mobilização (selecção, integração e articulação) de saberes, distinguindo-se, nesse processo, o saber teórico, o saber processual, o saber fazer experiencial, o saber fazer cognitivo e o saber fazer social (Le Boterf, 1994).

Os saberes teóricos têm como objectivo a compreensão de um fenómeno, de um objecto, de uma situação, de uma organização ou de um processo. Estes saberes não têm uma finalidade prática, mas permitem orientar a acção e facilitar a construção de representações operatórias, possibilitando a formulação de hipóteses (Le Boterf, 1994, 1998).

Os saberes processuais, por outro lado, estão directamente relacionados com a acção, apresentando-se como uma via para a sua realização, descrevendo os procedimentos, os métodos e os modos de acção, ou seja, as acções necessárias para a realização de um objectivo ou meta.

Todavia, conhecer um processo ou método não significa que se está capacitado para se proceder à sua aplicação. É a vivência prática do saber processual que permite a passagem deste tipo de saber para o denominado saber fazer processual. Este configura-se assim como o resultado de um processo de operacionalização dos saberes teóricos e processuais.

O saber-fazer experiencial é aquele que se mobiliza para desenvolver a acção. Por conseguinte, o seu desenvolvimento exige a promoção de experiências práticas que sejam palco da concretização e da mobilização dos outros conhecimentos. O saber fazer experiencial é um saber que se constrói e que se adquire ao longo do tempo e, nele, estão incluídos os conhecimentos empíricos e tácitos. É um saber que deriva da prática reflectida, já que é a partir da reflexão sobre uma experiência concreta, através de um trabalho de conceptualização e de abstracção dessa mesma experiência a ser reinvestido numa nova experiência concreta, que este saber se vai construindo.

O saber-fazer cognitivo corresponde às operações intelectuais necessárias à formulação, análise e resolução de problemas, à concepção e realização de projectos, à tomada de decisão à criatividade à inovação. Insere-se na procura do equilíbrio entre as estruturas de assimilação e as estruturas de acomodação, o qual está na base do

movimento de adaptação do sujeito à realidade. Inclui o saber tratar a informação, o raciocínio e o saber aprender.

No entanto, o saber do indivíduo não se esgota nos saberes teóricos e processuais, tornando-se também necessário o desenvolvimento do saber-ser, ou seja, do saber fazer social. Este tem como objectivo o conhecimento dos locais de trabalho, dos comportamentos esperados, das normas, atitudes, valores e qualidades pessoais necessárias ao exercício de determinada profissão. Engloba o conhecimento dos comportamentos sociais e profissionais, das atitudes relacionais e de comunicação e o conhecimento das atitudes éticas de um grupo ou de uma cultura em particular, nomeadamente a cultura profissional, sendo um saber que contribui para a realização do processo de socialização profissional. (Le Boterf, 1994).

De relevar que a problemática dos saberes e competências assume hoje uma importância estratégica. A nova cultura produtiva, baseada em critérios de qualidade, produtividade, eficiência, competitividade e flexibilidade exige a reconversão das estruturas formativas que têm que estar orientadas para as competências. Segundo Weinberg *“somente propostas que combinem educação e formação com trabalho e tecnologia, em ambientes adequados, se podem transformar em mecanismos de transmissão de valores, hábitos e comportamentos inerentes às modernas competências exigidas aos trabalhadores, técnicos e profissionais nas actuais circunstâncias históricas”* (Weinberg, 2000: 9).

Face a estes contextos de complexidade que caracterizam actualmente as profissões, colocam-se inevitavelmente novos desafios às sociedades, desafios esses que passam pela necessidade de uma constante formação e (re)qualificação dos recursos humanos. Esta mudança de mentalidades obriga-nos a (re)pensar as políticas e os sistemas de acção em muitos campos da actividade humana e, de uma maneira particular, no campo da Educação e Formação Profissional. Por outro lado, a emergência destas novas necessidades veio valorizar o conceito de competência, já que o novo mercado de trabalho exige aos profissionais uma grande autonomia, capacidade de decisão e eficácia na resposta, às várias situações laborais.

Neste sentido, observa-se hoje em dia o desenvolvimento dos “modelos antropocêntricos” de formação e gestão dos recursos humanos que pressupõem a mobilização de todas as competências do indivíduo, no sentido de as colocar ao serviço

do colectivo que constitui a organização, enquanto espaço cada vez mais participado. Nestas organizações observam-se modelos de produção e organização, assentes na flexibilidade e procura de qualidade, que exigem uma permanente actualização dos conhecimentos e das competências por parte do trabalhador, ou seja, uma aprendizagem contínua que actualize, amplie e reconfigure as qualificações do trabalhador (Silva et al., 2000).

A questão da formação, no caso concreto da área da saúde, não tem sido ignorada, verificando-se nos últimos anos uma crescente preocupação com esta temática, quer por parte das instituições de ensino, quer por parte dos próprios profissionais de saúde aos quais é exigida uma flexibilidade cada vez maior, capacidade de resolver problemas, de agir e decidir, num ambiente complexo como o das organizações da saúde.

A problemática da formação contínua, à qual não era atribuída muita importância anteriormente, passa a ser central, proporcionando adequadas condições de especialização, aperfeiçoamento e desenvolvimento profissionais. Este aumento de competências concede aos profissionais uma maior capacidade de adaptação à evolução do sector de saúde e competitividade num mercado de trabalho cada vez mais exigente.

Actualmente crê-se que a formação no trabalho é necessária, de uma forma ou de outra, em todas as profissões. A escola pode proporcionar conhecimentos e aptidões gerais necessárias a inúmeras profissões, mas as tarefas próprias a cada profissão requerem uma formação especial, sobretudo nas profissões susceptíveis de progressos técnicos rápidos como é o caso das Tecnologias da Saúde, são precisos programas de formação sistemática, não só para dar ao pessoal as competências elementares, mas também para as melhorar a todos os níveis.

Face aos novos desafios profissionais, a formação contínua nas Tecnologias da Saúde é cada vez mais premente, possibilitando aos profissionais uma melhoria das suas competências e do desempenho profissional enquanto parte integrante das equipas de saúde. Por outro lado a formação contínua prepara os profissionais, conferindo-lhes aptidão para resolver problemas, apoiados em conhecimentos científicos, reduzindo a insegurança face às grandes mudanças, o que se revela imprescindível nas profissões da área da saúde, cujas funções exigem grande complexidade e responsabilidade. Importa referir também que a formação profissional, numa área como a Saúde, não pode

descurar a dimensão pessoal, ética, social e humana. Pode dizer-se que a humanização dos cuidados de e a formação estão interligados.

Atendendo a todos estes factores, pode-se dizer que a aposta na formação contínua, em última instância, tem como consequência a melhoria global da prestação de cuidados de saúde.

Como já anteriormente foi referido, a formação pode adoptar duas modalidades essenciais: a formação inicial, que consiste na preparação para a profissão e a formação contínua, também designada por aperfeiçoamento, que é dirigida para o desenvolvimento dos profissionais na sua “carreira” (Cardim, 1998).

Uma das finalidades da formação contínua é colmatar algumas das lacunas existentes na formação inicial. Muitos estudos (Carraça, 1994; Palmeiro, 1995) têm revelado que existe um desajustamento entre o que foi “ensinado” e “treinado” na formação inicial e as práticas profissionais observáveis, em situações reais de trabalho.

A acção profissional decorre em contextos sociais, marcados pela singularidade e a incerteza. Por outro lado, os saberes anteriormente adquiridos constituem um stock de recursos que podem ser mobilizados segundo modalidades e configurações muito diversas, podendo não se traduzir em acções profissionais eficazes. Actualmente parece não haver dúvidas em relação à impossibilidade de um indivíduo que possua apenas a formação de base ser capaz de desenvolver as competências necessárias para responder a todos os desafios ao longo da sua carreira profissional. Esta descontinuidade entre a sabedoria prévia ao exercício profissional (formação inicial) e a situação real de trabalho, explica que a qualificação, só por si não é um garante de competência.

Neste sentido, importa ainda neste ponto clarificar e distinguir os conceitos de competência e qualificação.

Para Lise Demailly (1987), a qualificação é um termo que remete para o universo dos títulos, diplomas, graus e certificados que atestam a capacidade de um indivíduo para desempenhar funções determinadas, em função do seu sucesso nem percurso formativo formal. Por outro lado, a “competência refere-se a “um não sei quê através do qual a qualificação se torna eficiente e se actualiza numa situação de trabalho” (Demailly, 1987: 61).

O vasto número de definições existentes do termo competência indicia a sua complexidade. Para Reibold et Breillot (1993) a produção de competências corresponde

a um processo multidimensional, simultaneamente individual e colectivo, e sempre contingente, ou seja, dependente de um determinado contexto e de um determinado projecto de acção.

La Boterf (1994) entende as competências como atributos do sujeito. Para o autor a competência não é um estado nem um saber que se possui e só é compreensível (e susceptível de ser produzido) “em acto” e daí o seu carácter finalizado, contextual e contingente. É neste sentido que as competências são emergentes dos contextos de acção profissional (e não prévias) o que significa que supõem uma situação comunicacional: “a competência do especialista é o fruto de uma combinação nova obtida por confrontação com outros saber-fazer individuais postos em comum. Não é possível haver competência na ausência de transacção” (La Boterf, 1994:42).

O desenvolvimento de competências põe em campo uma diversidade de comportamentos profissionais e sociais, correspondentes a capacidades criativas, relacionais e transformativas que implicam a globalidade do indivíduo: o seu comportamento, a sua personalidade, a sua identidade e a sua actividade.

Para Ropé e Tanguy (1994) as competências extravassam a dimensão cognitiva e mobilizam diversos tipos de saberes (formais, informais, teóricos, práticos e tácitos). Estes autores agruparam as competências em cinco categorias de acordo com a seguinte tipologia:

1. **Competências intelectuais e técnicas:** capacidade de reconhecer e definir problemas, equacionar soluções, pensar estrategicamente, introduzir modificações no processo de trabalho, actuar preventivamente, transferir e generalizar conhecimentos.
2. **Competências organizacionais ou metódicas:** capacidades de auto-gestão, de estabelecer métodos próprios para gerir o espaço de trabalho.
3. **Competências comunicativas:** capacidade de expressão e comunicação com o seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, trabalho de equipa, diálogo, exercício de negociação e de comunicação interpessoal.
4. **Competências sociais:** capacidade de utilizar todos os seus conhecimentos – obtidos através de fontes e meios diferenciados – nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho, isto é, da capacidade de transferir

conhecimento da vida quotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa.

5. **Competências comportamentais:** iniciativa, criatividade, motivação para aprender, abertura à mudança, consciência da qualidade e das implicações éticas do trabalho na organização.

As competências acima referidas são as exigidas pelo sistema produtivo e que são ingualmente transversais no sector da saúde. Contudo, num processo de desenvolvimento das capacidades do indivíduo, dito no sentido lato, e dos profissionais de saúde, em termos estritos, são essenciais outras competências que lhes permitem agir como cidadãos e actores na sociedade civil, atendendo a critérios de igualdade e democratização sociais. Surgem assim, as competências “políticas”, isto é, as que permitem ao indivíduo a reflexão e a actuação crítica sobre a organização, devendo aquele perceber a sua posição e funções na estrutura produtiva, os seus direitos e deveres como trabalhador, bem como a necessidade de intervir nos processos de (re) organização do trabalho. Deverá, ainda, ser capaz de agir na sociedade civil como actor social legítimo e reconhecido.

Outro aspecto a ter em conta é que o conjunto das competências de um indivíduo não se reduz a um *stock* de conhecimentos e de capacidades estático no tempo. Trata-se, sim, de um processo dinâmico em que as competências são mobilizadas e desmobilizadas, adaptando-se constantemente às situações de trabalho. A questão está na dificuldade de se poder formalizar esta qualificação real, que está muito mais ao nível da subjectividade/intersubjectividade do profissional, do que das qualificações anteriormente prescritas. O maior desafio que se coloca aos formadores e gestores de recursos humanos é conseguir construir referenciais que apreendam as competências, detectem os seus conteúdos, captem a sua dinâmica e as formas como se articulam perante a necessidade de resolver problemas, isto é, o modo como são mobilizadas para agir numa determinada situação.

No campo da saúde têm surgido diversos contributos para a compreensão dos processos de aquisição de competências, nas diferentes profissões.

Um estudo efectuado no Reino Unido por Fowler (2001), intitulado “*Learnig Styles of Radiographers*”, procurou determinar quais os estilos de aprendizagem dominantes nos Técnicos de Radiologia e de que forma estes estilos se relacionam com

as capacidades formativas do contexto de trabalho. Este estudo utilizou o dispositivo metodológico de Kolb (1984), o qual permite avaliar o desenvolvimento de competências, identificar estilos de aprendizagem e as capacidades formativas do contexto de trabalho.

Abreu (2001), afirma que a teoria de Kolb, “possibilita o estudo, com algum rigor, da forma como o indivíduo se apropria do saber, a influência do meio sobre o desenvolvimento de competências e das identidades(...)” (Abreu, 2001: 165). No dizer, ainda de Abreu (2001), Kolb (1984) considera uma tipologia de competências, inscritas em quatro grupos, apresentando cada um destes um sub-conjunto de competências. A cada grupo corresponde um estilo de aprendizagem. É esta tipologia que a seguir se apresenta:

Competências de relação (Divergente)

- Saber ouvir
- Saber colher informações
- Ser sensível aos sentimentos do utente
- Ser sensível aos valores do utente
- Prever implicações de situações ambíguas

Competências de Conceptualização (Assimilativo)

- Analisar dados quantitativos
- Construir modelos conceptuais
- Organizar as informações colhidas
- Planear pesquisas
- Testar ideias e teorias

Competências de Experimentação (Convergente)

- Criar novas formas de pensar e agir
- Definir objectivos/resultados esperados
- Escolher as melhores soluções
- Realizar novas experiências
- Tomar decisões

Competências de acção (Acomodativo)

- Concretizar os objectivos traçados
- Criar e explorar novas oportunidades

- Envolver-se pessoalmente nas situações
- Influenciar e liderar colegas
- Relacionar-se com os colegas

Os estudos realizados por Kolb, em populações de enfermeiros, “*apontam para uma clara tendência de predominância de estilos acomodativos e divergentes*” e para o desenvolvimento de “*competências na área relacional e de acção (estilo acomodativo) e por vezes de relação e de observação (estilo divergente)*” (Abreu, 2001: 196).

Em Portugal ainda não foi desenvolvida uma investigação semelhante na área das Tecnologias da Saúde, mas os resultados obtidos no estudo de Fowler (2001), apontam como dominantes os estilos convergente e acomodativo na população de Técnicos de Radiologia, o que difere das conclusões dos estudos efectuados em populações de enfermeiros. Estes resultados aproximam-se mais com os encontrados em estudos que incidiram sobre a classe Médica, embora o estilo convergente nos médicos seja muito mais significativo do que nos Técnicos de Radiologia. Esta predominância do estilo convergente em detrimento do estilo divergente, predominante nos Enfermeiros, poderá ser explicada pela natureza mais técnica da profissão e por um contacto com os doentes mais delimitado no tempo (que se resume ao tempo de execução dos exames de diagnóstico), em relação aos Enfermeiros. Os indivíduos que possuem um estilo de aprendizagem convergente assimilam a informação através de representações simbólicas da experiência e tendem a seguir uma orientação profissional mais tecnicista e aplicar as suas competências de resolução de problemas de forma prática (Fowler, 2001).

O conhecimento dos estilos de aprendizagem e competências associadas poderão ser utilizados pelos Técnicos de Radiologia quer no âmbito da formação inicial quer no desenvolvimento de estratégias de formação contínua.

Estudos realizados no Reino Unido em 1998 realçam algumas das competências consideradas fundamentais à prática profissional dos Técnicos de Radiologia, tais como: realização de exames radiológicos que possibilitem um bom diagnóstico, atendimento e prestação de cuidados ao doente/utente no âmbito da realização desses exames, conduta com base na ética (sigilo profissional, responsabilidade pela segurança e protecção radiológica), capacidade de determinar e aplicar, em cada caso, qual o tipo de

informação, técnicas e materiais necessários à execução de exames de diagnóstico, capacidade de aplicar os critérios de correcção e analisar as práticas exames de diagnóstico de acordo com os padrões estabelecidos, capacidade de levar a cabo pesquisas de informação (através de literatura, internet, etc) e de transpor os conhecimentos adquiridos para a prática e resolução de problemas. São também referidas outras competências, consideradas igualmente importantes: capacidade de trabalhar em equipa, capacidade de comunicação, espírito de inter-ajuda e de cooperação, partilha de informações, opiniões e conhecimentos com os colegas e equipas de trabalho, capacidade de auto-avaliação, da prática clínica, capacidade de identificar as suas limitações, integridade, empatia e ter iniciativa (Upton 1998; Williams e Berry, 1998).

Os resultados deste estudo demonstraram que os Técnicos de Radiologia inquiridos consideram que têm lacunas em algumas das competências acima referidas, principalmente no que se refere à investigação. Esta evidência poderá explicar-se através das especificidades inerentes à própria profissão que tradicionalmente é vista como uma profissão mais “prática” do que “teórica”, além de que inicialmente foi uma profissão muito influenciada pelo Modelo Biomédico, assumindo um carácter mecanicista e com currículos baseados essencialmente nas ciências físicas e biológicas. Com a mudança dos modelos de saúde, cada vez mais centrados na dimensão social da saúde e no doente, e em torno da procura da qualidade, abriram-se novas perspectivas numa profissão que no passado esteve associada mais aos equipamentos (dimensão técnica) do que aos doentes (dimensão humana).

Actualmente os currículos são mais abrangentes, procurando conciliar conteúdos da área das ciências sociais e conhecimentos técnico-científicos, procurando deste modo responder também aos novos desafios e exigências no campo da saúde. Não obstante estas grandes alterações, a conquista de uma sólida identidade profissional passa, necessariamente, pela investigação científica (Upton, 1998).

É certo que tem sido feito um esforço neste campo ao introduzirem-se disciplinas específicas nos currículos, porém, segundo os estudos que têm sido levados a cabo, parece ainda não existir uma cultura de investigação disseminada no seio da Radiologia.

De relevar que na década de 90, *The College of Radiographers* do Reino Unido

(1994) apelou a que os Técnicos de Radiologia aproveitem toda e qualquer oportunidade de alargar os seus conhecimentos e competências. Como uma das possíveis estratégias a seguir no desenvolvimento de uma programa de formação contínua, este organismo sugere que se elabore, ao nível dos serviços, um plano de acção com objectivos anuais. Desta forma poderão ser construídos progressivamente um corpo de saberes próprio, padrões de competência e princípios éticos. Por sua vez, Chalen et al. (1996) sugerem que os Técnicos de Radiologia deverão criar condições que permitam utilizar a investigação ao serviço da sua profissão. Estes autores referem, com algum desalento, que a maioria dos Técnicos não considera a investigação como meio essencial ao desenvolvimento da profissão, daí a sua afirmação que a Radiologia está “na sua infância” no que concerne à sua ligação com metodologias de investigação.

A conquista de novas competências e áreas de actuação implica um acréscimo de responsabilidade ao Técnicos de Radiologia, e só poderá ocorrer a par de uma formação inicial e contínua de qualidade, uma constante revisão e adaptação dos currículos às mudanças que se operam nos contextos de trabalho, a construção de uma cultura de investigação científica, aumento do número de Técnicos a participar no ensino, uma revisão do estatuto da profissão e consequente actualização da remuneração.

Assim sendo, admite-se que a formação contínua em Radiologia permite também o desenvolvimento de capacidades que vão muito além das competências técnico-científicas e culturais ligadas ao saber e ao saber-fazer. Parece-me ser consensual que um processo formativo equilibrado deverá proporcionar também o desenvolvimento pessoal e social dos formandos, ou seja o desenvolvimento das competências pessoais e relacionais ligadas ao saber-ser e ao saber-estar.

Assim, um Técnico de Radiologia competente poderá ser aquele que possuindo um reportório de conhecimentos e capacidades diversificado, toma, executa e avalia as decisões que selecciona em circunstâncias, por vezes imprevisíveis, de modo a que estas se constituam como soluções adequadas, socialmente legitimáveis e abertas a constantes reajustamentos para poderem continuar a garantir a sua responsabilidade às permanente mudanças.

O futuro da saúde tende cada vez mais para profissionais com competências múltiplas e transversais, mais flexíveis, adaptados à mudança e com maior responsabilidade, capacidade de decisão e autonomia, sem descuidar a dimensão

humanizante dos cuidados de saúde. Os Técnicos de Radiologia terão que acompanhar esta evolução, apoiados numa formação de qualidade, de modo que possam actuar correctamente no âmbito de equipas multidisciplinares, ter o conhecimento e visão global do serviço de saúde no qual estão integrados e garantir que o seu futuro profissional se posicione face aos novos contextos de trabalho de um modo crítico e reflexivo.

Em suma, uma melhor formação profissional contínua poderá permitir a sedimentação de competências mais sustentadas, um desempenho profissional mais eficaz, uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados e assegurar a progressão na carreira, o que se traduz numa melhoria das condições de trabalho, do *status* e, conseqüentemente, da empregabilidade. Poderá ainda contribuir para o desenvolvimento e modernização das profissões da saúde e para a evolução profissional, mais técnica, científica e humanizante.

1.1.3.3. Formação em contexto de trabalho

Uma das modalidades possíveis de formação contínua é a formação em contexto de trabalho ou *em exercício*, no sentido que as acções não surjam à margem dos problemas concretos dos serviços. Esta lógica formativa é especialmente importante na área das profissões da saúde, concretamente para os Técnicos de Radiologia.

A análise e reflexão das situações laborais do dia-a-dia permite a compreensão da actividade, não a limitando apenas ao seguimento tradicional de uma rotina e permite também a tomada de consciência sobre os pontos que interessa modificar e em que sentido (Silva et al., 2005).

A aquisição de competências profissionais e dos saberes necessários para as desenvolver só se concretiza quando aos indivíduos é proporcionada aprendizagem quer nas instituições de ensino quer nas organizações onde trabalham, já que, como afirma Boterf (1994: 42) “*se a competência só existe quando é aplicada, isso quer dizer que a organização – o local da aplicação – intervém na produção de competências*”, fazendo ressaltar a importância da formação em contexto de trabalho. Assim, uma formação estruturada no e sobre o exercício do trabalho conduz á apropriação de competências no domínio técnico e cognitivo, mas também no domínio social e relacional “*porque não*

pára de provocar dinâmicas de promoção de abertura, de cultura e de criatividade, ligadas ao efeito de aprendizagem e de mudanças dos conhecimentos, das representações e das relações que acompanham qualquer efeito pedagógico” (Sainssaulieu, 1999: 102).

A formação contínua nas instituições de saúde tem sido, apesar de tudo, um motor de diversas transformações internas, quer ao nível das práticas profissionais, quer ao nível das sociabilidades colectivas. Contudo, segundo a opinião de muitos investigadores que se tem debruçado sobre a formação contínua das profissões da saúde no seio das organizações, a imposição de modelos de gestão *standard* e seguimento de políticas de saúde institucionalizadas, sem atender a essas realidades e necessidades de cada grupo profissional, é decididamente minimizadora da capacidade de evolução o sistema, criando nos vários actores um espírito de reprodutividade e funcionalismo, num ciclo vicioso do qual é difícil sair.

Para Cabrita (1994) a formação em contexto de trabalho surge como uma forma de abertura e de aproximação da escola ao mundo da profissão, não perdendo de vista o horizonte educativo. Neste modelo de formação, o conhecimento e a prática estão permanentemente em interacção, o processo de construção do saber tem lugar a partir de experiências concretas de trabalho, concedendo uma maior contextualização e aplicabilidade dos conteúdos formativos.

A formação em contexto de trabalho assume assim uma ruptura face às formas tradicionais de conceber a formação contínua nas organizações. Trata-se de transitar de uma visão puramente consumista, utilitária e adaptativa, na qual a formação é considerada uma variável de gestão, para uma acepção ecológica do processo formativo enquanto espaço dinamizador de transformação e problematização das práticas socio-profissionais. Este tipo de formação sendo integrador, permite a transferência para o contexto real do trabalho das aprendizagens teóricas, minimizando as dificuldades de aproximação dos conteúdos da formação ao real e, simultaneamente, pedagogizando as aprendizagens e vivências no local de trabalho. (Cabrita, 1994; Pelpel, 1993; Neves e Pedroso, 1994).

No entendimento das diferentes asserções, pode-se então considerar o contexto de trabalho formativo; ele é o palco da prática vivenciada e reflectida, de cada um dos actores com os outros, é um local de interacção social e portanto potencialmente

formativo e socializador.

Esta lógica formativa de acordo com Lesne (1977) deverá então ser pensada de acordo com as organizações onde se desenvolve a actividade profissional, por um lado, considerando as organizações *“poderosos sistemas educativos, produtores de qualificações, saberes e saber fazer nos indivíduos”* e por outro, como *“um forte vector sociológico, fortemente socializador e produtor de identidades”* (Palmeiro, 1995: 35).

Neste sentido, a profissão de Técnico de Radiologia não deve reduzir-se a um conjunto de rotinas executadas, mas apostar na formação profissional através de um processo reflexivo com base na sua experiência. Este processo requer que se enfatize a ligação do profissional ao local de trabalho. Como refere Canário (1994:27), *“para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho objecto de reflexão e de pesquisa, pelos que nele estão directamente implicados”*.

É certo que por vezes o tempo disponível e a carga laboral em certos Serviços de Radiologia dificultam o exercício do debate e da reflexão, essenciais às práticas formativas nos contextos de trabalho. Contudo, cabe aos Técnicos a preocupação e valorização das situações de trabalho que possam constituir actividades formadoras e que lhes permitam a aquisição de um conjunto de estratégias de aprendizagem (Silva et al., 2005). No caso da profissão de Técnico de Radiologia, caracterizada por uma elevada componente técnica, este modelo de formação poderá ser fundamental para a inserção profissional e permitir aos profissionais desenvolverem competências e destrezas que contribuam para a melhoria do seu desempenho profissional e adequar as práticas às situações reais e específicas do trabalho, respondendo de uma forma mais eficaz às exigências e necessidades das organizações onde trabalham.

1.1.3.4. Análise de Necessidades de Formação

A análise de necessidades de formação como tema teórico e prático surge no final dos anos 60, sendo os trabalhos de Barbier e Lesne (1976) uma das principais referências. Desde então tem vindo acentuar-se a sua penetração no quadro de desenvolvimento de acções de formação, nomeadamente na formação contínua de adultos, nas mais diversas áreas profissionais. Concebida, então como uma etapa no processo pedagógico da formação, a análise de necessidades pode centrar-se no

formando, visando “abrir horizontes” para a autoformação, através da consciencialização das suas lacunas, problemas, interesses e motivações, ou centrar-se no formador, procurando essencialmente a eficácia da formação através do ajustamento entre a formação esperada pelos formandos e a formação dada pela instituição formadora ou pelo formador (Rodrigues e Esteves, 1993).

Em sentido lato, a análise de necessidades, no âmbito particular das acções de formação, pode ser considerada como um instrumento fundamental no quadro do planeamento e na tomada de decisão, uma vez que é capaz de produzir objectivos válidos e fornecer informação útil para decidir sobre os conteúdos e as actividades de formação.

Embora a prática da análise de necessidades de formação suscite críticas e desconfianças (Charlot, 1976; Correia, 1989, 1996), é relativamente fácil aceitar que o conhecimento das necessidades dos formandos é uma condição importante da eficácia da formação, que deve haver um ajustamento da formação às necessidades sociais e individuais (muitas vezes opostas ou contraditórias), e que deve existir uma preocupação de rigor com o diagnóstico nas intervenções que se fazem no domínio da formação, sobretudo numa área tão importante como a da Saúde. De um modo geral, podemos dizer que o conhecimento das necessidades de uma população faz diminuir o grau de incerteza quanto ao que deve ser feito.

Aplicada à área específica da saúde, a análise de necessidades poderá constituir um instrumento fundamental face à preocupação com a racionalização dos recursos, ao desejo de conseguir planos mais estruturados e eficazes nos processos formativos, ao desejo de responder adequadamente às exigências sociais, além de que poderá proporcionar procedimentos ajustados à avaliação, e em última instância, combater a ambiguidade inerente às necessidades.

No que respeita à definição ou significado preciso da expressão *análise de necessidades de formação* (e dentro dela a questão *o que é uma necessidade de formação*) verifica-se uma razoável diversidade de pontos de vista e, sobretudo, muita ambiguidade.

Para Suarez (1985), a análise de necessidades é um processo de recolha e análise de informação que permite identificar áreas deficitárias que devem ser melhoradas e planificar acções que visem melhorar essas áreas, relativamente aos indivíduos, grupos,

instituições, comunidades ou sociedades.

Uma definição mais alargada de análise de necessidades de formação é dada por Rodrigues (1999), considerando que a expressão referencia “*o conjunto das operações, desde a recolha das necessidades à sua ponderação analítica, segundo critérios avaliativos de prioridade ou outros. Trata-se da recolha da forma particular e pessoal de pensar na transformação do quotidiano profissional ou na resolução de um dado problema desse mesmo quotidiano, por meio de uma estratégia específica: a formação.*” (Rodrigues, 1999:165).

Só a partir desta análise, para a qual as características de todos os actores intervenientes no processo são fundamentais, é que é possível planear programas de formação e determinar os conhecimentos que devem ser adquiridos, apesar das dificuldades de que se reveste, que advêm da função ideológica do termo “necessidade”. Este ora sugere objectividade, que se perspectiva como *exigência*, ora sugere subjectividade, que se perspectiva como *desejo* (Barbier e Lesne, 1977). Por outro lado, quando juntamos a palavra “análise” que nos remete para operações com conotações de rigor, a um termo tão ambíguo como “necessidade” somos induzidos a pensar que os objectivos de formação que resultam desse processo são os que se impõem como tal, conferindo-lhes um carácter de objectividade (Rodrigues e Esteves, 1993).

Barbier e Lesne (1997) fazem referência também à evolução da noção de “análise de necessidades” que inicialmente não era mais do que uma preocupação de formadores, tendo ao longo do tempo sofrido mutações que são indissociáveis da evolução geral do quadro do sistema económico e social, ele próprio em mutação. Os autores admitem assim que o conceito de análise de necessidades se apresenta como uma dupla função: operatória e ideológica. Em relação a esta última os autores chamam a atenção para ambiguidade do que é a racionalização/rendibilização das actividades de formação e o que é o esforço para fazer participar os interessados (Rodrigues e Esteves, 1993).

No caso concreto da análise de necessidades dos Técnicos de Radiologia será fundamental identificar previamente quais os valores e/ou competências de cada indivíduo em termos do momento presente e quais os valores e/ou competências ambicionados, no futuro, por esses mesmos profissionais.

1.1.3.4.1. O Conceito de Necessidade de Formação

Muitos autores (Mattimore-Knudson, Misancguck, Moroney, cf Witkin, 1984:9) consideram que os conceitos de necessidade e de análise das necessidades são conceitos vazios, sem fronteira conceptual e que à custa do seu uso frequente e polissémico perderam sentido preciso, requerendo, por isso, ter sempre acoplado um adjectivo. Assim falamos de necessidades básicas, de necessidades sentidas, de necessidades normativas, etc.

Na linguagem corrente utilizamos a palavra necessidade para designar fenómenos diferentes, como um desejo, uma vontade, uma aspiração, um precisar de alguma coisa ou uma exigência. Com efeito, perante a variedade de definições de necessidade, podemos, como Barbier e Lesne (1986:17), remetê-la para dois registos fundamentais: um primeiro próximo da ideia de exigência (aquilo que tem de ser, aquilo que é imprescindível ou inevitável), com conotação objectivista, postula a existência objectiva da necessidade. Outro, de conotação subjectivista, definindo a necessidade como o sentimento daquela exigência, restringe a sua existência ao universo daquele ou daqueles que a sentem.

De relevar que as necessidades não estão inscritas na natureza das coisas, são *representações* da realidade produzidas aqui e agora, em determinado contexto, por determinado sujeito. O que lhes dá um carácter de aparente existência objectiva é o facto de serem sentidas por um número alargado de pessoas ou poderem ser identificadas e analisadas de forma mais objectiva, como por exemplo, as necessidades do sistema de saúde, comparativamente com as necessidades de um indivíduo particular.

Reforçando o carácter subjectivo das necessidades, Mckillip (1987), refere que estas são juízos de valor relativamente a um problema a resolver. Estão correlacionadas com os valores, dependem de quem as define e de quem as sente. Ocorrem num determinado contexto e o seu reconhecimento implica expectativas e juízos no que concerne à resolução do problema em causa, independentemente das várias resoluções que o mesmo possa ter (Rodrigues e Esteves, 1993).

Monette (1977) sublinha que o “*termo necessidade implica sempre, mais ou menos directamente, algum problema de valor ou de referência, ou certas normas*

sociais em função das quais se mede a necessidade” (D’Hainault, 1979 cf. Rodrigues e Esteves, 1993). Isto significa que não se pode falar em necessidades absolutas. As necessidades têm que ser perspectivadas em relação aos indivíduos e aos contextos em que ocorrem, uma vez que decorrem de valores, pressupostos e crenças (Kaufman, 1973 cf. Rodrigues e Esteves, 1993).

A necessidade pode também ser considerada dinâmica, não tendo existência estável nem duradoura: tem um tempo vivido que as determina e, uma vez satisfeitas, desaparecem dando ou não lugar a uma outra necessidade (Rodrigues e Esteves, 1993).

Finalmente uma outra característica da necessidade é que ela parece orientar o comportamento do indivíduo para a procura da sua satisfação. Para Maslow (1954), uma necessidade é uma fonte de energia motivadora que impulsiona o indivíduo a encontrar um estado de equilíbrio e que, logo que seja satisfeita, cessa o seu poder de motivação. Esta definição associa o conceito de necessidade à natureza biológica do ser humano.

De recordar aqui que Maslow (1943, 1954) propôs um modelo de hierarquia das necessidades fundamentais que comporta cinco categorias: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades de pertença, necessidades de estima e necessidades de realização pessoal, situando-se as duas primeiras no plano da sobrevivência (necessidades fundamentais), enquanto que as restantes reportam-se à vida social.

Importa também referir as necessidades específicas dos indivíduos. Estas emergem em contextos histórico-sociais concretos, sendo determinadas exteriormente ao sujeito, e podem ser comuns a vários sujeitos ou definir-se como necessidades estritamente individuais. Expressam-se através de expectativas, desejos, preocupações e aspirações, o que as remete para diferentes planos da sua expressão.

Neste sentido, para D’Hainaut (1979 cf. Rodrigues e Esteves, 1993), as necessidades podem ser categorizadas em cinco aceções:

- **Necessidades das pessoas *versus* necessidades do sistema**

De acordo com esta categorização temos, por um lado, as necessidades de um indivíduo e, por outro, as necessidades sistémicas, ou seja, aquelas que dizem respeito a condições não satisfeitas mas que são necessárias à existência e ao funcionamento de um sistema. As necessidades dos

indivíduos e as dos grupos nem sempre são coincidentes, o que constitui frequentemente uma fonte de conflito.

- **Necessidades particulares *versus* necessidades colectivas**

As necessidades particulares dizem respeito às necessidades de um indivíduo, grupo ou sistema determinado, enquanto que as necessidades colectivas são as que abrangem um elevado número de indivíduos, grupos ou sistemas. Assim, admite-se que as necessidades podem variar muito de sujeito para sujeito, de sistema para sistema, tornando-se peculiares desse sujeito ou desse sistema. Da mesma forma podem descrever-se necessidades colectivas de grupos ou comunidades, quando se manifestam na totalidade ou na maioria dos seus membros.

- **Necessidades conscientes *versus* necessidades inconscientes**

As necessidades podem ser expressas conscientemente como tal por um indivíduo, grupo ou sistema, traduzindo-se numa solicitação precisa; por outro lado, dá-se o caso de as necessidades não serem percebidas pelo sujeito ou, sendo percebidas, são-no de forma confusa ou mesmo errónea. Seguindo de perto D'Hainault (1979), Rodrigues e Esteves (1993) argumentam as necessidades raramente se expressam de forma imediata: quanto maior é a necessidade menor é a solicitação, pois de certa forma o estado de ignorância que constitui precisamente a necessidade impede de percebê-la enquanto tal, ou de conceber os meios para a ultrapassar.

- **Necessidades actuais *versus* necessidades potenciais**

Segundo esta perspectiva, as necessidades podem incidir no presente ou ser prospectivas.

- **Necessidades segundo o sector em que se manifestam**

Finalmente, as necessidades podem diferenciar-se pelo campo em que emergem. D'Hainault (1979 cf. Rodrigues e Esteves, 1993) estruturou em seis categorias os papéis globais que um indivíduo desempenha no

decurso da sua vida, a que designou por “quadros de vida”: quadro de vida privada e familiar, quadro de vida social, quadro de vida política, quadro de vida cultural, quadro de vida profissional e quadro de vida de ócio e desporto. Este autor admite que possam manifestar-se diferentes tipos de necessidades de acordo com o quadro de vida onde nos situamos.

Numa aproximação operacional ao conceito de necessidade, Stufflebeam et al (1985) destacou quatro acepções base, que englobam a maior parte das múltiplas definições em diferentes estudos sobre necessidades:

1. Necessidades como discrepâncias ou lacunas

Diferindo da definição clássica, Kaufman e Herman (1991:139), consideram que as “*necessidades são lacunas entre o que é e o que devia ser*”. Nesta perspectiva de discrepância, as necessidades resultam da diferença entre o que os indivíduos sentem que têm e o que pensam que deveriam ter. Esta definição concebe a necessidade como o vazio ou a distância entre dois pólos: o estado actual (o que é) e o estado desejado (o que deve ser). O estado desejado por sua vez, pode ser definido: *a) de forma utópica (o que deveria ser); b) de acordo com o possível (o que poderá ser); c) como uma referência (o que deve ser)*. (Rodrigues e Esteves, 1993: 16).

Esta definição aproxima assim o conceito de necessidade com o de “problema a resolver”. A resolução de um problema consiste no “processo de passar as condições actuais a outras que se desejam” (Municio, 1987). Outros autores, salientando a natureza dinâmica das necessidades, preferem associá-las à ideia de projecto (objectivos a atingir por um indivíduo, grupo ou sistema). Stufflebeam et al (1985) sugere essa relação na definição que apresenta: “uma necessidade é alguma coisa que é necessária para a consecução de um objectivo defensável”.

2. Necessidades como mudança ou direcção desejada para uma maioria

Esta abordagem é mais caracterizada pelas práticas do que propriamente por uma linha teórica, em que se confunde muitas vezes a necessidade com preferência de uma dada população e em que é apreendida a partir da expressão das maiorias.

Nesta óptica não se procura determinar bipolarmente a distância entre o que é e o que deveria ser, mas de identificar as necessidades percebidas pelas pessoas ou grupos. Para os críticos esta acepção apresenta algumas limitações: por um lado o enviesamento que pode ser introduzido na determinação das necessidades pelos diferentes níveis de informação dos elementos de qualquer maioria. Por outro lado o facto de as necessidades percebidas e expressas poderem ser afectadas por fenómenos de moda, não correspondendo às necessidades mais pertinentes e mais válidas para a população considerada. Outro ponto fraco desta abordagem é a confusão que poderá surgir entre os dois conceitos, o de necessidade e o de preferência (Rodrigues e Esteves, 1993).

3. Necessidade como direcção em que se prevê que ocorra um melhoramento

Esta definição orienta-se para o futuro e assenta na previsão da tendências e problemas, propondo a análise sistemática e exaustiva da situação actual tendo em vista um aperfeiçoamento alargado. Apresenta algumas limitações, nomeadamente ao nível da operacionalização, dado que implica um espectro de pessoas qualificadas.

4. Necessidade é algo cuja ausência ou deficiência provocam prejuízo ou cuja presença é benéfica

Esta abordagem requer a descrição das áreas deficitárias e um estudo das variáveis que permitam determinar quando há benefício ou prejuízo em função da presença ou ausência de uma delas.

Na óptica de Meignant (1999:109), “a necessidade de formação resulta de um

processo que associa os diversos actores interessados e traduz um acordo entre eles sobre os efeitos a colmatar por meio da formação". Esta ideia realça a dimensão social da necessidade, traduzindo assim, um compromisso entre actores e a sua *dimensão operacional*, em torno de algo que necessita de uma acção, entendida neste caso de formação; o resultado designar-se-á por *necessidade de formação*.

Guy Berger (1991) chama a atenção para o facto de a expressão necessidades de formação incidir na noção de *ignorância* e de *carência*, o que coloca o sujeito em formação numa posição negativa e de objecto, e remete para uma noção *cumulativa* da formação profissional.

Outra questão fundamental são os factores que produzem as necessidades de formação. Para Meignant (1999) estes factores provêm de seis origens distintas: o ambiente externo (ou os ambientes) da organização; as exigências dos clientes (no caso da Saúde designados utentes); as estratégias dos concorrentes; as novas técnicas ou os novos componentes que aparecem no mercado; os condicionalismos e as oportunidades políticas ou regulamentares, etc., tudo isso gera necessidades de formação (Meignant, 1999:110).

Efectivamente, as exigências dos utentes tornam-se cada vez mais um elemento determinante da análise das necessidades nas organizações da saúde. Quanto mais estas considerarem que a qualidade do serviço é um factor de diferenciação estratégica, mais os dados provenientes do utente (inquéritos à satisfação do utente, cartas de reclamação) se transformam em dados de entrada na análise das necessidades.

No âmbito da formação profissional contínua das Tecnologias da Saúde e, concretamente dos Técnicos de Radiologia, ainda existem poucos estudos que comprovem a dimensão do problema das necessidades de formação; sabe-se e sente-se no meio profissional que há necessidades, que há "*coisas que nos fazem falta, de que precisamos, de que gostaríamos, ou que se fossem possuídas*"³ contribuiriam para a resolução de alguns problemas profissionais, ainda que o grau dessa necessidade e a sua força possam variar muito.

Num recente trabalho académico realizado por Alseldo et al. (2003), os autores descrevem que os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica reconhecem a necessidade de formação avançada, e em relação a esta, a pós-graduação com grau académico é

³ Extracto dum registo dos contactos informais juntos dos informantes-chave aquando do trabalho de campo do presente estudo.

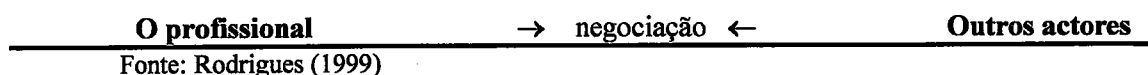
considerada o tipo de formação mais importante para o exercício da profissão. As principais razões da importância da formação avançada, apontadas naquele estudo pelos TDT foram: o *aumento dos conhecimentos técnicos*, a *satisfação pessoal* e o *reconhecimento social da profissão*. De salientar ainda que os técnicos questionados mostraram disponibilidade para a frequência da formação avançada, contrariamente ao que seria esperado ao notarmos que grande parte trabalha em mais do que um local. Em relação aos que não mostraram disponibilidade, a maioria referiu como razão precisamente a elevada carga horária profissional.

Num outro estudo, Carlos da Silva et al. (2004, 2005) argumentam que os TR, formadores e promotores de acções de formação contínua tendem a considerar a formação em serviço como um elemento estratégico para a melhoria do desempenho dos profissionais. Os resultados do seu estudo em dois hospitais portugueses sugerem ainda que a maioria das ofertas formativas apresentam conteúdos demasiados teóricos, fundadas em metodologias do tipo expositivo, e que nem sempre se dirigem de forma específica para colmatar as situações concretas de trabalho. Ainda segundo os autores, no que se referem às necessidades, o planeamento e o desenvolvimento da formação contínua dos TR nos hospitais estudados, predominam necessidades formativas nas áreas comportamentais, assim como ao nível das tecnologias mais recentes.

Outra dimensão importante a ter em conta é *a quem pertence a decisão*, ou quem são os agentes que têm poder para tomar a iniciativa de determinar as necessidades de formação. Serão os próprios Técnicos, individualmente ou em grupo, serão as instituições empregadoras, os formadores, gestores, políticos?

Tomando por empréstimo a tese de Rodrigues (1999), deparo-me então com dois pólos (Esquema n.º1), um corresponde aos profissionais que deverão ser autónomos, responsáveis e capazes de gerir o processo da sua formação profissional, e o outro corresponde às entidades que concebem e lhe impõem a sua formação profissional que lhe garante a integração dos profissionais num dado contexto de trabalho.

Esquema 1. - O continuum do poder na tomada de iniciativa de determinação das necessidades de formação



Estes dois pólos irão reflectir-se também nos programas de formação que mais tarde serão aplicados, ou seja, por um lado encontramos programas que apelam à participação dos formandos, que pretendem a aquisição de conhecimentos, de comportamentos e de atitudes, implicando no sujeito um percurso de conscientização, de autonomia e responsabilidade, o que inclui a concepção, a execução regulada e a avaliação do impacto da formação, esta última observável nas mudanças das práticas, quer ao nível da aquisição de novas competências, quer na intervenção activa na modificação das condições do seu exercício (Rodrigues, 1999).

Do outro lado encontram-se os programas que excluem a participação dos formandos e cuja lógica de elaboração é baseada na crença da existência de um saber cumulativo e objectivo que pode ser transmitido homogeneamente pelos formadores, numa relação assimétrica e hierárquica com os formandos, assumindo estes uma atitude passiva perante a formação.

Em suma, tal como argumentam Ferry e Zeichner (cf. Rodrigues, 1999), a determinação de necessidades de formação varia de sentido consoante é colocada ao serviço de modelos mais tecnológicos que tendem a reduzir o papel dos formandos a alvo de acção unidireccional do formador, isto é, a objecto da acção, ou modelos mais construtivistas, que sublinham o papel determinante do formando, autor da sua formação.

1.1.3.4.2. Metodologias de Análise de Necessidades de Formação

Existem diversos modelos de análise de necessidades, servidos por uma grande variedade de métodos, instrumentos e técnicas. A opção por um determinado modelo depende do âmbito do estudo, dos seus objectivos e dos recursos humanos, materiais e temporais disponíveis.

Os modelos de análise de necessidades diferenciam-se entre si pelo conceito de necessidades, pelo papel atribuído aos intervenientes na identificação e avaliação dessas necessidades, pelo grau de confiança e validade e pelos critérios usados e pelos processos, técnicas e instrumentos utilizados (Kaufman, 1973; Pennington, 1985 cf. Rodrigues e Esteves, 1993).

Rodrigues e Esteves (1993), no âmbito da formação de adultos refere cinco

abordagens de análise de necessidades, que se distinguem pelo modo como é recolhida a informação: a) através da procura da formação; b) através de especialistas em determinada área; c) através de informantes-chave; d) através de assembleias; e) através de sondagens.

a) Abordagem através da **procura da formação**

Partindo dos registos existentes nas instituições relativamente aos pedidos individuais de formação e ao número de interessados inscritos, identificam-se os interesses e as características desses indivíduos, generalizando as necessidades de formação ao resto da população. A acessibilidade dos dados constitui uma vantagem deste método. Como limitação, o pressuposto de que os interesses de uma amostra, ainda que significativa possam generalizar-se a uma população inteira de profissionais. Outra desvantagem desta abordagem é a sua dependência relativamente ao conhecimento que a população em estudo tem dos serviços que podem satisfazer as suas necessidades, bem como a acessibilidade e aceitação daqueles serviços.

b) Abordagem através de **especialistas**

Centra-se nos dados de percepção e experiência que os especialistas (formadores, planificadores, administradores), têm acerca das necessidades de formação de uma determinada população, que se traduzem em conteúdos e estratégias de formação. Tal como a anterior abordagem apresenta como vantagem a acessibilidade dos dados. Como desvantagem o facto de ser elaborada por especialistas, cujas percepções e experiências podem não corresponder inteiramente às necessidades reais dos formandos.

c) Abordagem através de **informantes-chave**

Assenta em informações recolhidas junto de indivíduos de uma determinada população, que ocupam posições que legitimam o seu conhecimento sobre necessidades. A selecção destas pessoas pode ser feita através de questionários ou a partir da escolha dos líderes de uma

determinada comunidade ou instituição

Tem como vantagem não envolver custos demasiado elevados e ser de fácil operacionalização. A sua principal limitação, tal como as anteriores, é ser elaborada apenas com base na opinião de um grupo, que embora legitimamente reconhecido, pode não ter conhecimento real das necessidades mais prementes de uma determinada população.

d) Abordagem através de **assembleias**

A informação é obtida através da discussão sobre tópicos previamente seleccionados, em encontros públicos, na presença de toda a comunidade. A sua vantagem consiste em abranger um elevado número de pessoas, o que permite um conhecimento alargado das necessidades dessa população. Contudo, não assegura a participação de todos, correndo-se o risco de as necessidades manifestas serem apenas representativas da população mais informada, o que constitui uma desvantagem.

e) Abordagem através de **sondagens**

Na opinião de Pennington (1985 cf. Rodrigues e Esteves, 1993), esta abordagem, feita através de uma amostragem representativa da população, é o único processo sistemático de recolha directa de dados, desde que os instrumentos utilizados para a sua recolha e selecção da amostra sejam rigorosos. Apresenta como vantagem o facto de traduzir a informação válida e fiável sobre as necessidades de toda uma população, uma vez que a amostra constituída tem de ser rigorosamente representativa da mesma. A desvantagem reside na sua conceptualização e condução, que oferecem mais dificuldade que as outras abordagens, já que exige um grande rigor na determinação da amostra e elaboração dos instrumentos de recolha.

Por outro lado, D'Hainault (1979 cf. Rodrigues e Esteves, 1993) apresenta um modelo de diagnóstico de necessidades que procura encontrar um equilíbrio entre as necessidades das pessoas e do grupo e as exigências do sistema. Este modelo

desenvolve-se em quatro fases:

1. *Diagnóstico das necessidades humanas*

Implica a pesquisa de necessidades já consciencializadas e expressas e também das não expressas, inconscientes ou confusas (Rodrigues e Esteves, 1993).

2. *Diagnóstico da “procura” em relação com o sistema*

Tem por base a determinação dos papéis e funções que os interessados querem assumir no sistema e pela definição daquilo que o sistema exige para se manter funcional.

3. *Tomada de decisão sobre as necessidades e a procura*

Passa por ter que decidir que necessidades e que procura serão retidas para serem satisfeitas, sendo ponderada a opinião dos interessados e dos decisores e negociada uma posição comum.~

4. *Especificação das exigências de formação*

Implica a determinação dos saberes, saber-fazer e saber-ser, relativos aos papéis e funções seleccionadas na fase 3 e, necessários para o ingresso, aperfeiçoamento ou a adaptação do papel e função visado (Rodrigues e Esteves, 1993).

No âmbito da formação profissional, Barbier e Lesne (1977) referem que a concepção de práticas objectivas de identificação de necessidades não é um processo linear. Para os autores, o processo de expressão de uma necessidade é já em si uma prática de produção de objectivos de formação. Partindo deste pressuposto, os autores consideram que as necessidades de formação se detectam nas situações de trabalho, sendo condicionadas pelas representações que os actores constroem sobre essas situações, pelas relações sociais existentes dentro da organização, pelos recursos financeiros disponíveis e pela possibilidade de promoção que pode estar subjacente à formação.

De relevar que estes autores elaboraram, a partir de um estudo sistemático das

estratégias operacionais empregues em cerca de uma centena de investigações de análise de necessidades e dos pressupostos inerentes à sua utilização, uma tipologia das práticas de produção dos objectivos de formação. Segundo Barbier e Lesne (1977), surgem neste contexto três conjuntos homogêneos que designam por “*modos de determinação das necessidades de formação*”, aos quais correspondem conceitos divergentes de necessidades e de formação: 1) determinação pelas exigências de funcionamento das organizações; 2) determinação pela expressão das expectativas dos indivíduos e grupos; 3) determinação pelos interesses sociais nas situações de trabalho.

1. Determinação pelas exigências de funcionamento das organizações

Os objectivos indutores de formação determináveis a partir das exigências de funcionamento das organizações correspondem ao conceito de necessidade como uma *exigência* e são determinados por especialistas. O formando deverá assim adaptar-se às necessidades da organização, as quais são determinadas em conformidade com as competências exigidas para o desempenho das situações profissionais em causa. Segundo Meignant (1999), as necessidades de formação resultarão da comparação do nível de pessoal que ocupa ou devia ocupar um determinado posto de trabalho e das exigências de competências ligadas às funções do posto assim descritas.

Quanto ao tipo de objectivo da necessidade, esta análise destina-se ao aperfeiçoamento individual, ao aperfeiçoamento colectivo, no sentido de melhorar os desempenhos,; formações profissionais de integração, êxito de um investimento e/ou de uma mudança de organização e formação nas profissões.

2. Determinação pela expressão das expectativas dos indivíduos e grupos

Correspondendo ao conceito de necessidade como expectativa, esta perspectiva centra-se na iniciativa dos sujeitos ou dos grupos e possui um carácter do tipo humanista. Para desenvolver esta metodologia, operacionaliza-se em primeiro lugar a recolha da informação das expectativas e desejos formativos dos indivíduos. De seguida repete-se o

processo, após a aplicação de um dos três dispositivos, que os autores sugerem, em conformidade com cada situação: i) supressão de elementos repressivos no discurso, se as relações de poder são analisadas sujeito a sujeito; ii) contextualização dos pedidos, se estes não correspondem às necessidades dos indivíduos, mas às da organização; iii) garantia provisória de poder ou contra-poder, no quadro da organização, aos diferentes grupos que nela intervêm, permitindo, deste modo o confronto entre esses grupos. (M. Silva, 2000).

Um dos métodos mais utilizados para a determinação das expectativas é o balanço de competências que tem por objectivo permitir a uma pessoa elaborar um projecto pessoal dando-lhe os meios de avaliar objectivamente o seu nível, as suas possibilidades, as suas expectativas e as suas motivações, e confrontá-las com as possibilidades do ambiente profissional. A expectativa dos indivíduos e o nível real constituem os factores indutores tidos em conta. (Meignant, 1999).

3. Determinação pelos **interesses sociais nas situações de trabalho**

Correspondendo ao conceito de necessidade como interesse, a determinação de necessidades nesta óptica decorre da relação entre dois intervenientes: por um lado as situações de trabalho e por outro os interesses dos grupos sociais organizados.

O formador desempenha aqui o papel de apoio técnico, isto é, alguém que possui experiência sobre os assuntos em causa, mas que não é considerado nem especialista (como no caso do primeiro modo de determinação de necessidades referido), nem um especialista no sentido analítico (como no caso na determinação de necessidades a partir da expressão das expectativas dos indivíduos ou grupos).

Estes diferentes modos de determinação de necessidades (**Quadro 2a**), de acordo com Barbier e Lesne (1977), não são antagónicos, nem mutuamente exclusivos, podendo ser complementares, o que significa que um bom plano de formação deveria ter em consideração as exigências de cada um deles.

Quadro 2a.- Modos de Determinação das Necessidades de Formação

	Determ. pelas exigências de funcionamento das organizações	Determ. pela expressão das expectativas dos indivíduos e dos grupos	Determ. pelos interesses dos grupos sociais nas situações de trabalho
MATERIAIS Tratados de forma privilegiada	As competências requeridas pelas situações profissionais derivam das exigências concretas de funcionamento das organizações - As competências (= performance) dos indivíduos no seu trabalho	- A expressão numa dada situação, de aspirações, desejos e expectativas - As condições desta expressão e nomeada/ as relações de poder características dessa sit.	Os dados da sit. de trabalho: - as condições gerais e particulares do exercício do trabalho; - o jogo das relações sociais que determinam a sua definição e mudança. - A concepção que os grupos sociais organizados têm os seus interesses gerais e das suas modalidades de defesa, ou seja, das suas “posições”.
OPERAÇÃO dominante	Avaliação de competências (relação entre as comp. exigidas por um indivíduo e as requeridas pelas exigências concretas de funcionamento).	Exploração dos desejos e expectativas (pela sua suscitação de uma nova expressão individual ou colectiva).	Pôr em relação (na elaboração de projectos concretos de acção): - os dados da situação de trabalho em análise; com - a concepção dos parceiros sociais acerca dos seus interesses gerais e modalidades de sustentação.
PAPEL DOS ACTORES Implicados no processo	- Animador: superior hierárquico ou perito em organização do trabalho - Interessados: tidos como “mão de obra” e diversamente implicados na situação	- Animador: perito em relações humanas, mas ocultando o seu estatuto. - Interessados: desempenham o papel de actores na situação criada	- Animador: papel de negociador e coordenador técnico. - Interessados: são parceiros sociais inseridos numa prática específica de grupo social
RESULTADO Do processo	Os objectivos formulados no campo das qualificações são facilmente traduzíveis em objectivos de formação propriamente ditos	Emergência de objectivos constituídos pela expressão das aspirações (solicitações) dos indivíduos. Estes objectivos ainda não são indutores de formação	Produção colectiva de objectivos relativos tanto a projectos concretos de acção (que comportem a dimensão formação), quanto às condições de realização desses projectos (relativas ao desenrolar das actividades de form.).
PRESSUPOSTOS	- Determinismo das necessidades. Elas têm objectividade; correspondem a um certo nível de desenvolvimento técnico-económico donde derivam consequências sobre as situações prof. - O indivíduo deve adaptar-se; o domínio económico como pressão consentida.	- As necessidades não existem em si mesmas; apenas desejos que devem fazer-se emergir. Exprimir-se é exercer poder. - O ind. é o sujeito principal da sua formação. Para favorecer a sua expressão e cap. De tomada de decisão, convém libertá-lo das pressões sociais que sobre ele se exercem	- A determinação das necessidades efectua-se através de práticas sociais heterogéneas e conflituais. - O indivíduo é ora agido ora actor no jogo das relações sociais; ele não pode modificar as regras de funcionamento, quando estas se inserem numa prática específica de grupo social.

Fonte: (Arroz, 1995: 85)

O quadro acima procura sintetizar as propriedades essenciais das necessidades de formação em função dos critérios de avaliação definidos pelos autores. Cada um destes modos de determinação focaliza preferencialmente um determinado nível de análise, que contribui conjuntamente com os restantes, para uma identificação e explicitação mais abrangente das necessidades de formação.

Tal como já foi referido anteriormente, os estudos de necessidades de uma determinada população diferem muito entre si nos objectivos, na extensão e no design. A escolha de determinado modelo ou abordagem parte de orientações teóricas muito variáveis, a que subjazem valores e pressupostos distintos. Há que ter em conta também que as necessidades são um produto histórico-cultural; neste sentido, a sua análise *“implica situar a expressão subjectiva no concreto, visando determinar em que grau é influenciada por fenómenos da moda ou de tendência”* (Rodrigues e Esteves, 1993: 35).

Neste contexto, a análise de necessidades está longe de se poder descrever como exacta, tornando-se por isso imprescindível explicitar com rigor os procedimentos usados e, sobretudo clarificar os valores, crenças e pressupostos subjacentes ao conceito de necessidade com que se opera.

Em suma, os factores que se devem ter em conta na análise das necessidades são as expectativas dos indivíduos, no contexto dos objectivos pessoais, profissionais e organização e da oferta de formação propriamente dita.

1.1.3.4.3. Técnicas e Instrumentos de análise de necessidades de formação

Aos modelos e às abordagens de análise de necessidades referidos, corresponde uma razoável diversidade de técnicas e instrumentos. De acordo com a generalidade dos autores já referidos, a escolha de uma determinada técnica depende, essencialmente dos objectivos que se pretendem e dos meios de que dispõem. Para Kaufman (1973), não existem procedimentos infalíveis; para Barbier e Lesne (1977), os processos, as técnicas e os instrumentos a utilizar na análise de necessidades não podem basear-se unicamente em critérios de natureza técnica, para Rodrigues e Esteves (1993:33) *“não há bons e maus instrumentos, métodos ou técnicas de análise de necessidades”*.

Como técnicas que dão suporte à análise de necessidades destacam-se:

1. a observação (directa ou indirecta mais estruturada ou menos estruturada);
2. o inquérito por meio de entrevista (individual ou em grupo; directiva, semi-

- directiva ou não-directiva);
3. o inquérito por meio de questionário;
 4. a consulta documental (revistas da especialidade, regulamentos, estudos);
 5. os registos e relatos (escritos ou orais; gravados ou não);

Pennington (1985 cf. Rodrigues e Esteves 1993) agrupou-as em:

1. técnicas de natureza formal (análise de relatórios e de publicações, análise de dados estatísticos, observação feita por especialistas, análise de resultados de testes estandardizados);
2. técnicas de natureza compreensiva (inquéritos escritos ou por telefone, entrevistas e utilização de grupos);

A técnica mais utilizada na análise de necessidades de formação é o inquérito por meio de questionário (Estrela et al., 1999), já que permite abranger em pouco tempo um número elevado de pessoas e o tratamento estatístico dos dados recolhidos não oferece grandes dificuldades. No entanto, a ausência de diálogo impossibilita o aprofundamento das ideias, ainda que possam existir perguntas abertas. Por outro lado, o questionário não permite o controlo das condições em que as respostas são dadas, e, nesse sentido, podem corresponder a estereótipos e não responder aos objectivos pretendidos.

Vejamos com mais algum pormenor a questão do questionário. Para Meignant (1999), o questionário é um apoio que permite inquirir previamente sobre um certo número de pontos um certo número de pessoas, constituindo seja a totalidade da população que deseja inquirir, seja uma amostra representativa desta. Este poderá ser constituído por perguntas fechadas em que o inquirido deve escolher uma resposta entre várias que lhe são propostas, mas também poderá comportar questões abertas que permitem ao inquirido redigir livremente a sua resposta sem indução desta por uma escolha pré-determinada. As questões colocadas devem ser reflexo de hipóteses. Por exemplo, criar-se-á hipóteses de os respondentes exprimirem necessidades de formação em determinadas matérias, e procurar-se-á quantificar, através do questionário, o número de pessoas que experimentam efectivamente essa necessidade. Isso deve permitir avaliar dotações financeiras e o planeamento necessários para satisfazer a

necessidade (Meignant, 1999:138).

Na perspectiva de Meignant (1999:139), o questionário adapta-se a qualquer espécie de situações. Para análise das necessidades de formação, pode enviar-se a todos os profissionais, pelo correio, a uma população considerada representativa no sentido estatístico do termo, ou a uma população bem determinada em função de um problema particular. Pode ser igualmente apresentado por um entrevistador que o preencha com o destinatário ao longo de uma entrevista presencial. As questões fechadas são, na maior parte das vezes, acompanhadas de uma pré-codificação que permita uma análise informática. Aqui também, exige-se o anonimato das respostas. Outra forma de inquérito, praticada frequentemente, consiste em endereçar apenas aos responsáveis hierárquicos um formulário anual interrogando-os sobre as necessidades de formação no respectivo sector que é responsável (Meignant, 1999: 139).

A aplicação do questionário possui as seguintes vantagens: permite uma quantificação das necessidades expressas, um cruzamento de variáveis, (correlações entre as necessidades expressas e, por exemplo, o nível de qualificação, a idade, etc.). Permite abranger de uma forma relativamente económica um grande número de pessoas, e principalmente pessoas geograficamente dispersas que seria bastante dispendioso o contacto individual, além de que possibilita a garantia de anonimato (Meignant, 1999: 139).

Para Meignant (1999: 139), a qualidade dos resultados depende essencialmente de dois factores: a qualidade metodológica da elaboração das hipóteses a testar da respectiva tradução em questões, e a sensibilização prévia do meio.

Como principais desvantagens destaca-se o facto de os questionários enviados a todo o pessoal terem, frequentemente, uma baixa taxa de respostas. A resposta pressupõe que os profissionais tenham consciência das necessidades. Muitas vezes são as populações mais frágeis e com mais necessidades que respondem pouco. Corre-se o risco de passar completamente ao lado de problemas potenciais (Meignant, 1999: 139). De referir também que a ausência de diálogo impossibilita o aprofundamento das ideias, ainda que possam existir perguntas abertas. Por outro lado, o questionário não permite o controlo das condições em que as respostas são dadas, e, nesse sentido, podem corresponder a estereótipos e não responder aos objectivos pretendidos. Outra limitação reside na fraqueza da capacidade de previsão do questionário sobre comportamentos

efectivos de inscrição. É frequente que passem vários meses entre a resposta ao questionário e uma oferta de formação em resposta à necessidade expressa. Os inquiridos podem ter, entretanto, mudado de opinião, mudado de serviço ou de actividade, se não esquecido completamente a sua resposta. O resultado dos questionários revela-se, na maior parte das vezes, decepcionante. O questionário de recolha de necessidades é, na opinião de Meignant (1999: 140), um instrumento cuja utilização deve ser limitada ao estudo das expectativas de uma população bem definida.

Em suma, a análise de necessidades não dispõe de um conjunto de instrumentos e técnicas específicas (Rodrigues e Esteves, 1993; Pithon, 1981; Rousson e Boudineau, 1981; Cadou, 1974). Parafraseando alguns autores, poder-se-á dizer que não há bons e maus instrumentos, técnicas ou métodos de análise de necessidades. A sua selecção prende-se com os objectivos visados e com os meios disponíveis, embora o bom senso, o rigor e a experiência acumulada aconselhem a utilização de vários instrumentos e de várias fontes informativas (Kauffman, 1977; Witkin, 1977). Por outro lado, a escolha de determinadas orientações metodológicas condicionam diferentes graus de validade nos resultados. Umas abordagens optam por procedimentos de grande simplicidade, rápida aplicação e baixo custo, enquanto que outras privilegiam procedimentos complexos, temporalmente extensos e de custo elevado. Relativamente a esta questão, Rodrigues e Esteves (1993) sublinham que aparentemente, quanto mais fácil é a implementação de determinado procedimento metodológico, mais frágil é a validade dos seus resultados.

Torna-se assim necessário conceber a análise de necessidades como uma prática globalmente planeada, de modo que as decisões não sejam tomadas de forma linear e sequencial, mas de forma sistémica (Pennington, 1985 cf. Rodrigues e Esteves, 1993) em que se torna pertinente considerar simultaneamente todos os vectores.

1.1.3.4.4. A problemática da análise de necessidades na formação contínua dos TDT

Embora se verifique um vazio de investigações empíricas na área das Tecnologias da Saúde, concretamente na área da Radiologia, acerca da eficácia das acções de formação contínua, existe uma convicção muito generalizada, fundamentada

em alguma investigação empírica em outras áreas, de que essa eficácia está associada, entre outros aspectos, ao nível do envolvimento e da participação dos profissionais em todas as fases da actividade formativa, desde o momento da análise de necessidades e da formulação de objectivos de um dado programa até à sua concretização e avaliação (Rodrigues e Esteves, 1993).

Da análise das conclusões de alguns estudos científicos experimentais na área da educação, empreendidos pelo Departamento de Educação da Florida (1974), verifica-se que os programas realizados nos locais de trabalho, com a participação dos profissionais na sua planificação e desenvolvimento, tendem a ser mais eficazes que aqueles em que referidos profissionais não participam. Outra conclusão a que se chegou neste estudo é que a *“probabilidade de êxito dos programas em que os profissionais escolhem os objectivos e as actividades é superior à daqueles com objectivos e actividades determinados por entidades externas”* (Orden, 1982), valorizando assim a natureza subjectiva e dinâmica dos processos formativos.

Peretti (1987), ao analisar as dificuldades e insuficiências de muitos programas de formação contínua em França, refere entres outros aspectos, o carácter compulsivo dos seus conteúdos, não tomando em conta as necessidades e expectativas reais dos profissionais.

Constata-se assim que o problema da análise de necessidades é complexo, bem como a sua articulação com o campo da produção de objectivos de formação.

Meignant (1972), ao debruçar-se sobre a intervenção sociopedagógica em organizações industriais no quadro da educação de adultos, regista que o pedido de formação é sobretudo determinado por factores das mais variadas ordens (socioeconómicos, institucionais, políticos, ideológicos, psicossociológicos, psicológicos...) e que o objectivo da intervenção consiste na elucidação desses determinantes, na reformulação progressiva do pedido de formação, que no seu conteúdo e na sua formulação tem um carácter ideológico (Rodrigues e Esteves, 1993).

Adoptando o quadro explicativo proposto por Luft, Meignant (1972 cf. Rodrigues e Esteves, 1993) admite como elementos do modelo: a) o pedido de formação manifesto; b) o pedido de formação latente; c) o campo teórico do sistema que intervém na formação; d) os elementos de informação que o sistema (cliente da formação) possui.

O autor distingue ainda dois modos de aproximação metodológica em acções de

diagnóstico de necessidades de formação: a) o que visa explicitamente a análise de necessidades de formação; b) o que visa um diagnóstico mais global sobre as organizações, em que os problemas de formação podem ser um dos elementos.

Meignant sublinha ainda a ideia de que o pedido manifesto de formação ocorre num determinado estado de formação social que resulta da articulação específica de três níveis relativamente autónomos nessa formação social:

- o nível socioeconómico (no caso da saúde diz respeito à política nacional de saúde);
- o nível institucional (política das organizações de saúde, modos de organização do trabalho);
- nível ideológico (representações pessoais, valores, crenças e expectativas dos profissionais).

Nesta linha de pensamento, Barbier e Lesne (1977) postulam que não é possível constatar necessidades objectivas, que o processo de expressão de uma necessidade é uma prática que conduz a um produto específico (objectivos para acção dos indivíduos ou dos grupos), que toda a expressão de necessidades é uma expressão de necessidades em situação (seja a situação criada por constrangimentos profissionais ou institucionais), que diferentes agentes podem intervir no processo (profissionais, superiores hierárquicos, agentes externos), os quais tendem a exprimir objectivos, interesses ou necessidades totalmente diversos ou até opostos.

Por outro lado, Ferry (1980) defende que na análise de necessidades de formação devem ser tidos em conta os dados psicológicos e sociológicos relativos aos profissionais em questão, embora estes dados não permitam, só por si, definir os objectivos e as estratégias de uma formação. No mesmo sentido, Josso (1984 cf. Rodrigues e Esteves, 1993) enfatiza a importância da utilização da biografia dos interessados como instrumento metodológico privilegiado para abordar as dinâmicas pessoais, para identificar os processos individuais e colectivos nos quais os pedidos de formação têm lugar ou ganham sentido, ou seja os contextos de emergência desses pedidos de formação. A partir de trabalhos de investigação, no âmbito da análise de necessidades de formação dos profissionais de saúde, a autora concluiu que cada um dos actores envolvidos é portador de pedidos de formação que traduziam mudanças

desejadas nas práticas profissionais e projectos de evolução da profissão, orientados segundo dois grandes vectores:

- “os pedidos de formação ganham sentido numa problemática de mudança que articula mudanças individuais, profissionais, pessoais, mudanças parciais e mutações profundas.”
- “estas mudanças remetem para a noção de projecto profissional (individual e colectivo) e de projecto social em termos de conceito da saúde e da função desses profissionais junto dos utentes.

Josso (1984 cf. Rodrigues e Esteves, 1993) defende ainda que os pedidos de formação são um momento da formação da identidade profissional (**Quadro 2b**) e estabelece um quadro de referenciais dos registos de formação que ajudam a compreender as dimensões da identidade profissional. Este quadro inclui as seguintes categorias de registo de agrupamento dos pedidos de formação e dos tipos de regulação desejados.

Quadro 2b – Dimensões da identidade profissional, formação e regulação

Dimensões da Identidade Profissional	Tipos de Regulação Desejados
Psicológicas	Necessidade de distanciação, de ressarcimento, de desenvolvimento pessoal, de ultrapassar as dificuldades profissionais centradas sobre a relação de ajuda, confronto com o sofrimento, melhoria da articulação entre qualidades profissionais e pessoais.
Psicossociológicas	Necessidades relacionadas com a gestão de equipas, cooperação, afirmação de si próprio dentro do grupo.
Sociológicas	Necessidades relacionadas com a articulação entre a evolução do campo da saúde, e a necessidade de afirmação da visibilidade social da profissão, através da valorização e/ou afirmação das competências.
Económicas	Aumento ou reajustamento da remuneração salarial, promoção profissional.
Políticas	Articulação entre as regras do jogo individual e colectivo, no contexto da dinâmica das pessoas e das organizações; factores de inércia e factores de impulso para a mudança e gestão da mudança.
Cultural	Ajustamento dos papéis e das valorizações pessoais e profissionais, relações interprofissionais (resolução de problemas comunicacionais e de trabalho de equipa), relações entre acção e conhecimento (saberes experienciais e saberes teóricos, articulações entre formação inicial, contínua e prática profissional); relações entre o bom funcionamento e a inovação (trabalho repetitivo vs trabalho criativo).

Fonte: Adaptado de Josso (1984) in Rodrigues e Esteves (1993: 63-64).

1.1.3.5. Implicações da Formação contínua ao nível da Profissão, Profissionalização, Profissionalidade e Profissionalismo

Até há pouco tempo a profissão de Técnico de Radiologia ⁴ caracterizava-se por um conjunto de técnicas e rotinas mecanizadas e pré-determinadas, consequência de uma formação anterior marcada por uma concepção epistemológica da prática voltada para a instrumentalização. Esta situação tem vindo progressivamente alterar-se quer através de um investimento na formação contínua, quer dando os primeiros passos no desenvolvimento da investigação no sentido da construção de um corpo de conhecimentos e saberes próprios. Infelizmente a investigação em Radiologia ainda se encontra num estado muito incipiente.

Ter um estatuto profissional reconhecido socialmente é um factor de extrema importância nas sociedades modernas. Tal como sugerem Fernandes (2005) e Silva et al. (2004, 2005), os recentes desenvolvimentos na profissão de Técnico de Radiologia têm contribuído para o seu profissionalismo ⁵, mas há ainda muito a fazer neste campo.

Importa salientar aqui que, segundo Bourdoncle (1991 cf. Lüdke e Boing, 2004: 1173), existe uma tripla distinção entre as noções de *profissionalidade*, *profissionismo* e *profissionalismo*, no campo do estudo das profissões. Na perspectiva do autor, a noção de *profissionalidade* trata-se de um termo de origem italiana, geralmente associado à ideia de evolução da noção de qualificação, decorrente das instabilidades e ambiguidades que modelam o trabalho na era neoliberal. Ainda segundo o autor, a noção de *profissionalidade* não se deve confundir com a de *profissionismo* ou *corporativismo*, na medida em que este encontra-se relacionado com as estratégias e as retóricas da transformação de uma dada actividade ⁶. Quanto ao *profissionalismo*, o

⁴ A profissão de Técnico de Radiologia foi considerada durante muito tempo “semi-profissional”, uma vez que a sua estrutura-base de conhecimentos foi construída através da investigação levada a cabo por profissionais da área da Medicina e da Física. O facto de o saber daquela profissão ter sido muito influenciado pelo saber médico dificultou de certo modo o crescimento autónomo e fragilizou a identidade profissional dos Técnicos de Radiologia (Fernandes, 2005; Silva et al., 2004, 2005).

⁵ Apesar do termo *profissionalismo*, oriundo das correntes anglo-saxónicas da sociologia das profissões, não dever ser confundido com o de *profissionalidade*, na verdade em última instância, as terminologias aproximam-se, razão pela qual, salvaguardando as necessárias distâncias epistemológicas, tais termos são utilizados de forma indistinta no presente trabalho.

⁶ A ideia de *profissionismo* pode ser exemplificada pela acção dos sindicatos e das ordens e associações profissionais que procuram inculcar no *métier* um certo estatuto profissional, para transformar o trabalho especializado em efectivo exercício da profissão. Segundo Bourdoncle (1991 Lüdke e Boing, 2004: 1173), “por essa via, o profissional em formação vai entendendo as exigências profissionais colectivas. São coisas dadas de fora, um *habitus* da colectividade construído ao longo da história profissional, que é desvendada paulatinamente por aquele que vai se fazendo profissional”.

autor sugere que tal conceito encontra-se intimamente relacionado com a ideia de adesão individual às retóricas e às normas das associações profissionais. Para, Bourdoncle (1991 cf. Lüdke e Boing, 2004: 1173) o *profissionalismo* desenvolve-se através da socialização profissional, distinguindo-se das noções de *profissionalidade* e de *profissionismo*, na medida em que o *profissionalismo* resulta em última instância numa escolha pessoal que se faz pela profissão.

Courtois et al. (1996 cf. Lüdke e Boing, 2004: 1172), a propósito das actuais transformações das lógicas do mundo do trabalho profissional, argumentam que o termos de profissionalidade “*emerge num contexto caracterizado por estruturas descentralizadas, pequenas unidades de produção, desenvolvimento da produção de serviços, flexibilidade da empresa, descentralização das responsabilidades, desvinculação dos saberes de seus métiers tradicionais, interdependência de funções dentro da mesma empresa, desenvolvimento de interações, personalização, redução do número de trabalhadores e aumento dos seus níveis de qualificação, iniciativa pessoal e polivalência, recuo do movimento sindical e pressão sobre os salários pelo medo do desemprego*”. Para os autores, a noção de *profissionalidade* distingue-se de qualificação, na medida em que este termo “*está associado a um modelo de empresa caracterizado pelo desenvolvimento de grandes firmas industriais, organização taylorista do trabalho, administração centralizada, negociações somente salariais, gestão da mão-de-obra pela antiguidade e sindicalismo forte*” (Courtois et al., 1996 cf. Lüdke e Boing, 2004: 1172).

Assim sendo, entende-se por *profissionalidade* o conjunto de atributos que caracterizam *o que é* um profissional, ou melhor, as características que tipificam as actividades de uma dada profissão. Por outras palavras, o conteúdo de *profissionalidade* pode variar muito nas profissões e nos agentes profissionais.

Importa ainda acrescentar, que na comunidade científica portuguesa, tal como argumenta Amélia Lopes (2001), “*as referências, quer à identidade, quer à profissionalidade tendem a tomar o lugar das referências ao profissionalismo, termo, entretanto, também mais usado na linguagem comum (...) Na noção de construção de identidades profissionais para a mudança social real, a socialização profissional nos contextos de trabalho é central: a profissionalização é um processo interno e situado de comunicação, reconhecimento, decisão e co-operação; o seu produto são identidades*

profissionais individuais e colectivas, onde a realização pessoal e a criatividade social se constroem mutuamente”.

Na verdade, associado à profissionalização situa-se a construção da identidade profissional. Como refere Dubar (1997) *“a construção das identidades faz-se na articulação entre os sistemas de acção que propõem as identidades virtuais e as trajectórias vividas no interior das quais se forjam as identidades reais a que aderem os indivíduos”*. Este autor postula que, ao longo da sua existência, um indivíduo protagoniza um processo de desenvolvimento enquanto recurso humano que pode ser analisado do ponto de vista da problemática identitária. O processo de desenvolvimento pessoal, objecto de alterações e mutações é acompanhado também por um processo de construção de uma identidade profissional e social.

Face ao exposto, *“o quadro conceptual em que se coloca Dubar (1995) inclui a construção de identidades e as profissionalidades: as formas identitárias de Dubar (1992; 1995) são profissionalidades diferentes de pessoas, ou grupos de pessoas, diferentes. Mas se a noção de construção de identidade profissional focaliza a dinâmica, a noção de profissionalidade focaliza a estrutura”* (Lopes, 2001).

Tendo em conta que o contexto social em que o indivíduo se insere marca a sua identidade, também a sua identidade individual não deixará, de alguma forma, de contribuir para a definição de características do contexto social (Alves, 1996). Deste modo, se se admitir que o sistema de formação poderá estar presente ao longo da vida do indivíduo, conduz a considerar que o sistema de formação poderá interferir na estruturação de identidades durante todo o seu percurso de vida.

Face ao exposto, tendo presente que a área das Tecnologias da Saúde comporta um quadro alargado de profissões (Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica, Audiologia, Cardiopneumologia, Dietética, Farmácia, Fisioterapia, Medicina Nuclear, Neurofisiologia, Ortopédia, Ortoprotésia, Radiologia, Radioterapia, Saúde Ambiental, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, etc), pode dizer-se que existem várias profissionalidades, sendo possível identificar a profissionalidade “típica” de cada indivíduo ou de cada grupo profissional num determinado contexto de trabalho.

Por conseguinte, falar da profissionalidade dos Técnicos de Radiologia, não se esvazia de objectividade, antes pelo contrário, pretende-se dar uma resposta sobre as regularidades e as diversidades que caracterizam a evolução da profissão, da

profissionalização e do seu corpo de conhecimentos. A inteligibilidade da noção de profissionalidade é transversal não só à dinâmica da identidade profissional, mas também da própria ideia de profissionalização.

O Quadro seguinte demonstra uma síntese das etapas de profissionalização dos Técnicos de Radiologia, em Portugal.

Quadro 3.- Etapas de profissionalização em Radiologia

Etapa	Enquadramento da profissão	Papel	Condições de trabalho	Tipologias de Formação
I	A descoberta dos Rx possibilitou a aplicação na área médica; os profissionais eram designados Técnicos Auxiliares (clara dependência dos saberes médicos)	Indiferenciado	O trabalho é realizado nos hospitais	Indiferenciada; treino de curta duração com supervisão dos médicos.
II	Conquista de estatuto e carreira profissional própria.	O técnico é um generalista. Trabalha com doentes que necessitam de exames de diagnóstico. Trabalha sob prescrição do médico	O trabalho é realizado nos hospitais; são assalariados	Diploma ou certificado de um programa de estudos efectuados no hospital, evoluindo para programas oferecidos por instituições que atribuem graduações académicas. Aumento da ênfase na competência técnica em detrimento das relações interpessoais entre Tec. e doentes.
III	Aumento de competências e autonomia; conquista de algumas áreas práticas que anteriormente eram exclusivas dos Médicos	Continua a trabalhar sobre prescrição médica mas inicia a sua especialização em várias áreas	Melhoria das condições de trabalho e remuneração; surgem novas técnicas (TC, Mamografia, RM, Angiografia) que representam novas oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional; a prática surge fora do âmbito dos hospitais	Ensino ministrado pelas Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde, pertencendo ao ensino Politécnico. Grau de Bacharel. Currículos mais abrangentes
IV	Os Tec continuam a desenvolver novas responsabilidades e competências. Necessidade de afirmação da identidade profissional e visibilidade social	Maior especialização e um papel mais activo nas equipas multidisciplinares	A prática de Radiologia generaliza-se na comunidade, quer no sector público, quer privado.	Surgem as licenciaturas bi-etápicas, e formações pós-graduadas; prática menos mecanicista e mais centrada no doente

Fonte: autora (com base nos documentos consultados sobre os TDT e em particular os TR).

Analisando a trajectória histórica da profissão de Técnico de Radiologia verifica-se que se trata de uma profissão “recente”, com pouco mais de um século de existência, devendo o seu aparecimento à descoberta dos Rx em 1895, embora a sua aplicação clínica mais generalizada se tenha efectuado já no decorrer do Sec. XX. As primeiras referências relativas aos instrumentos legais de enquadramento e regulação do exercício da profissão, no âmbito das tecnologias da saúde, contudo só viriam a surgir a partir da década de 70.

Assim, o processo biográfico e histórico dos Técnicos de Radiologia condiciona de certa forma a sua profissionalização, apresentando evidentemente grandes diferenças em relação a outras profissões com grande antiguidade como é o caso dos médicos e dos enfermeiros.

No que concerne à relação entre formação e a construção da identidade profissional, sabe-se hoje, pela investigação feita neste domínio, que as configurações identitárias estão estreitamente relacionadas com as lógicas de formação (Dubar, 19991; Abreu, 1999), pelo que não é possível dissociar estes dois aspectos.

Outra questão a ter em conta é que a diferenciação da identidade, no seio de um grupo profissional, pode fazer emergir, em função de competências específicas e pelo aumento do poder simbólico, uma dada cultura ou culturas com características singulares que conduzam à visibilidade científica e social de uma profissão. Esta visibilidade *“radica essencialmente no conceito de actor social, portador de um saber e de um habitus, que no contexto organizado, é mais do que um indivíduo ou grupo, pois representa a uma entidade dotada de interesses próprios que actua segundo as lógicas e as estratégias específicas face à realidade do espaço organizacional”* (Silva, 2003:92).

Estendendo estas teses sobre identidade ao caso concreto da área profissional dos TDT, em particular os Técnicos de Radiologia, será que o aumento de competências específicas, responsáveis pela diferenciação da sua identidade, pode fazer emergir uma dada cultura com características singulares, permitindo assim uma maior visibilidade social desta profissão? Vejamos.

A importância da formação, ao nível das competências dos Técnicos de Radiologia pode ser facilmente comprovada através das alterações que têm ocorrido na profissão, ao longo dos últimos anos.

Inicialmente o papel desempenhado por estes profissionais era indiferenciado e sem qualquer autonomia e reconhecimento profissional. O exercício da prática era efectuado com base nos saberes médicos e sob a sua supervisão. Esta situação precária veio a alterar-se progressivamente a par, quer da evolução tecnológica, quer das escolas e das metodologias de ensino.

Actualmente a actividade dos Técnicos de Radiologia ainda é fortemente dependente dos médicos, na medida em que só podem intervir sob referência, prescrição ou orientação médica, a elaboração de relatórios dos exames radiológicos é também da exclusividade dos médicos e a prática de algumas técnicas ainda está vedada, como é o caso da Ultra-sonografia ⁷. Estes constrangimentos profissionais e funcionais, surgem como fortemente inibidores da construção de um profissionalismo autónomo. Contudo, a conquista de novas competências e saberes permitiram aos Técnicos de Radiologia alargar o seu campo de acção (radiologia digital, radiologia pediátrica, etc.) e desempenhar papéis que anteriormente lhes eram vedados (ensino, ministrar injeções endovenosas no âmbito de alguns exames radiológicos como urografia, ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada (TC)).

A construção progressiva de um corpo de conhecimentos e saberes próprio permite aos Técnicos um controlo da zona de incerteza pois dominam recursos de grande valor estratégico como a competência técnica de executar tarefas que os apenas eles conseguem realizar devido à sua especialização.

Criam-se deste modo oportunidades para o processo negocial. Os médicos, apesar do grande poder que detém, também necessitam de negociar com outros actores para conseguirem efectivar o seu poder saber no jogo das relações profissionais. (Lopes, 1994; Silva 1997, 2001; Stein, Watts e Howell, 1990). Este sistema concreto de acção interfere assim na construção identitária dos profissionais, na medida em que se observa uma luta constante pelo reconhecimento, afirmação de identidade e visibilidade social.

Assim, o processo de identificação profissional *“inicia-se com a luta pelo reconhecimento”* (Estrela 1997:38) e diz respeito ao estudo das representações e percepções individuais e dos trajectos sócio-profissionais.

Sainsaulieu (1985-1986 e 1987) privilegia a noção de que as regras e procedimentos específicos que hierarquizam os actores pelos seus saberes e competência

⁷ Recolha directa do trabalho de campo do presente estudo.

técnica, constituem a fonte primária para a génese de uma configuração cultural plural intra-organizacional.

Não se pode esquecer de que, se formação é por um lado uma actividade instituída que se exerce sobre um actor com vista à sua profissionalização, por outro é também uma actividade pessoal que o formando exerce sobre si mesmo, no âmbito da sua história de vida. É neste sentido que a configuração identitária corresponde a um processo dinâmico, sempre inacabado que combina e articula um processo biográfico com uma diversidade de contextos profissionais. Não será então correcto considerar que toda a configuração identitária se esgota no momento da formação inicial; pelo contrário, vai-se reconstruindo nas relações entre as diferentes organizações de trabalho. Este facto apela a uma redefinição do papel das escolas de formação inicial que *“deverão manter relações permanentes se fecundas com as organizações de trabalho e com os respectivos profissionais”* (Canário, 2004: 122).

Actualmente verifica-se que por um lado os Técnicos de Radiologia estão sujeitos ao funcionamento das instituições de saúde onde se inserem, regidas por objectivos largamente determinados fora dela, submetidas ao contexto económico e social onde se inserem e às prioridades nacionais.

No entanto, assiste-se simultaneamente a uma retórica que apela ao desenvolvimento profissional, à responsabilidade e intervenção autónoma na satisfação das necessidades das organizações e, no caso concreto das organizações de saúde, exige-se cada vez melhor qualidade na prestação dos cuidados. No seguimento destas políticas, o Decreto-Lei n.º 564/99 consagrou um novo estatuto de carreira aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica onde se inserem os Técnicos de Radiologia que visa melhor evidenciar melhor *“o papel dos profissionais no sistema de saúde, como agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, adoptando uma escala salarial adequada aos níveis de formação anteriormente consagrados e a um desempenho profissional que releva de crescente complexidade e responsabilidade”*.

Estas duas exigências aparentemente contraditórias - a sujeição dos Técnicos de Radiologia aos mecanismos das organizações onde se inserem e ao controlo do trabalho por parte dos Médicos e, ao mesmo, tempo as exigências actuais das organizações de saúde que apelam ao desenvolvimento profissional, à responsabilidade e intervenção

autónoma – constituem uma relevante determinante do profissionalismo.

Mais uma vez, a aposta na formação profissional apresenta-se como uma estratégia crucial para traçar, regular e potenciar o desempenho dos Técnicos de Radiologia ao serviço das instituições de saúde e dos utentes.

Nixon (2000), considera fundamental para a continuidade do desenvolvimento profissional dos Técnicos de Radiologia a adopção de uma cultura de abertura e participação com outros profissionais, a partilha de conhecimentos teórico-práticos e, acima de tudo, a valorização da formação e investigação.

A construção do profissionalismo (acção individual) e ou da profissionalidade (acção colectiva) dependerá então de uma actividade fundamentada em saberes cientificamente construídos bem como uma reflexividade guiada por uma atitude investigativa sobre a sua prática, que permitirão ao Técnico de Radiologia impor-se como profissional progressivamente mais autónomo, crítico e responsável, porque dotado de conhecimento e competências técnicas específicas cientificamente fundamentadas.

Embora o apoio das entidades empregadoras seja fundamental para a implementação de políticas de formação, a Radiologia como profissão não deverá depender de terceiros para o desenvolvimento da sua formação, cabendo aos profissionais desenvolver a motivação e a responsabilidade pela sua auto-formação (Henwood, 2000).

Se por uma lado a formação permite dotar os Técnicos de um conjunto de saberes específicos sobre a sua profissão, ao mesmo tempo, apostando na sua autonomia, os Técnicos deverão contribuir para o desenvolvimento desses saberes, mediante práticas de pesquisa das melhores soluções para as situações concretas com que se defrontam. Deste modo poderão construir um corpo de saberes próprio, afirmar o seu estatuto de autonomia e conquistar o reconhecimento de um saber específico.

Contudo, o profissionalismo, enquanto atitude para consigo, para com os pares e para com os utentes, não se reduz à aquisição de um estatuto. Estrela (1999), chama a atenção para a necessidade de considerar um *conceito alargado de profissionalismo* que implique uma perspectiva ampla da actividade profissional e que integre não só as competências técnicas mas também as competências que conferem à sua actividade uma

dimensão moral e ética, contributo essencial para a construção de uma identidade e consciência profissionais intrínsecas. Assim sendo, o profissionalismo (acção individual) e a profissionalidade (acção colectiva) podem ser entendidos como *o ser* e o *comportar-se como profissional*, noções que envolvem certamente a posse de um conjunto de saberes e capacidades, mas também, um conjunto de atitudes pautadas por valores forjados pelo corpo dos profissionais. De relevar que os principais indicadores que caracterizam uma profissão são: exercício privilegiado de uma actividade reconhecida legalmente, responsabilidade individual, reconhecimento da capacidade técnica baseada no conhecimento académico e na experiência prática, conduta profissional aferida por um código deontológico, actividade profissional centrada no interesse dos utentes, valorizando assim a ideia de prioridade do bem público e do altruísmo nas relações pessoais e sociais (Fernandes, 2005; Silva et al. 2004, 2005).

Neste contexto, a formação não deverá restringir-se apenas às técnicas e às competências, mas garantir que cada Técnico, enquanto membro individual da sua profissão, esteja adequadamente preparado para a exercer autónoma e responsavelmente, ou seja, perante situações em que não há certeza quanto à prática adequada, os profissionais deverão ser capazes de procurar as formas mais ajustadas para a sua acção, tendo sempre presente que a eficaz prestação de cuidados de saúde é a sua meta última. Por isso, a procura da competência profissional através da formação poderá ser interpretada também como um sinal de profissionalismo (acção individual), ou melhor de profissionalidade (acção colectiva).

2.- CONTEXTUALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA

2.1. Trajectória do Ensino e Formação dos Técnicos de Radiologia em Portugal

A história dos Técnicos de Radiologia encontra-se associada à descoberta de Wilhelm Conrad Roetgen dos Rx em 1895. Após os primeiros passos dados em Inglaterra e na Alemanha, rapidamente a prática se estendeu a vários países, incluindo Portugal, surgindo entre nós aqueles que se podem considerar os precursores da Radiologia em Portugal. Foram físicos, médicos ou estudantes de Medicina e fotógrafos.

Logo em 1896 são obtidas as primeiras radiografias em Coimbra, pelo professor de Física da Universidade e médico, Henrique Teixeira Bastos; em Lisboa, por Augusto Bobone, pelo médico do Hospital Real de S. José, Dr. Virgílio Machado, e pelo Dr. Carlos Santos (Pai); e no Porto, por Emílio Biel e pelo Dr. Araújo e Castro.

É à data de 8 de Novembro de 1900 que fica associado o aparecimento do primeiro Técnico de Radiologia em Portugal, sendo nomeado Bento Fernandes Técnico de Radiologia do Hospital de S. José, em Lisboa (Santos, 1968).

Em 1901, foi criado no Hospital Real de S. José, em Lisboa, o primeiro "Gabinete" de Radiologia, dirigido pelo, Dr. Feyo e Castro, o qual no mesmo já trabalhava ainda estudante de Medicina. Facto semelhante aconteceu em 1902, na Universidade de Coimbra, ficando o Serviço sob a direcção do Dr. António Pádua. Finalmente, em 1908, no Porto, é inaugurado o Gabinete de Radiografia do Hospital de Santo António, entregue à chefia do Dr. António d'Andrade Júnior.

No final dos anos vinte exerciam a especialidade, em todo o país, um pouco mais de meia centena de Médicos Radiologistas.

Inicialmente os cursos eram essencialmente práticos, desenvolvido nos hospitais, daí a vertente 'técnica' surgir como uma das primeiras formas de saber na Radiologia.

O saber em Radiologia até à década de 60 constituiu-se a partir de outras áreas principalmente a Medicina e a Física, procurando conhecimentos para fundamentar a sua prática, prevalecendo nesta construção o modelo biomédico, dualista, reducionista,

objectivo, lógico dedutivo e orientado para o diagnóstico e tratamento. A Radiologia não tinha qualquer autonomia e o seu saber era considerado dependente e desprovido de uma natureza específica; as escolas estavam nesta altura totalmente ligadas aos serviços de saúde, podendo até considerar-se haver um certo desfasamento entre a escola e a profissão em si.

A necessidade de se identificar o que é a Radiologia, a sua finalidade, os seus objectivos, bem como os seus saberes e competências, levou à consciencialização da importância de uma construção de saberes próprios.

Actualmente surge a convicção de que a Saúde já não é um campo onde impera apenas uma cultura mediocêntrica, dando lugar a uma visão de complementaridade e multidisciplinaridade dos serviços. Estes novos contextos socio-profissionais fazem emergir novas formas e estratégias de formação, abrangendo também as Tecnologias da Saúde. Associado à evolução do Ensino das Tecnologias da Saúde é considerável a importância atribuída ao ensino clínico (estágios). Face à importância relevante que este assume na construção da identidade profissional, verificamos que as experiências adquiridas constituem um elemento chave sendo das mais importantes em toda a formação profissional (Jacobi *in* Espadinha e Reis, 1997).

Desta forma é impossível dissociar a formação inicial dos Técnicos de Saúde do contexto de trabalho, perspectivando-se como o início de um processo de formação ao longo da vida, assumindo vital importância a cooperação e articulação entre a organização escola, eminentemente burocrática, fonte de saberes teóricos, e organização de saúde, tendencialmente corporativa, fonte de saberes práticos.

Apesar do distanciamento por vezes existente entre estes dois saberes, havendo por vezes uma discrepância entre aquilo que as teorias sugerem e aquilo que na prática ocorre, é importante o estabelecimento de processos de cooperação.

Uma vez que o paradigma hoje subjacente à formação já não é o paradigma da categorização, sustentado no modelo bio-médico, mas sim o paradigma da transformação, tendo como base a adopção de um modelo mais humanista, orientado para a experiência humana, holístico, subjectivo, interactivo e fenomenológico. Este novo paradigma é constituído numa base de abertura das Tecnologias da Saúde para o mundo, onde as comunicações se intensificam dando lugar a uma proliferação de

experiências, no sentido de permitir que o processo de formação dos futuros profissionais seja efectivo.

Pode-se ainda acrescentar que esta interacção e, principalmente o ensino clínico, constitui também para os orientadores dos alunos, um contexto particular de formação, pois a *“partilha e troca de saberes”* permite *“reflectir e debater colectivamente essa mesma prática introduzindo, simultaneamente, novos elementos reguladores e correctores da acção”* (d’Espiney, 1997: 180).

Mas, para que esta formação conduza ao desenvolvimento é necessário estabelecer uma articulação, onde a teoria não esteja dissociada da prática. Professores e Técnicos, deverão reunir competências e definir estratégias de cooperação no acompanhamento e orientação dos alunos, que permita identificar os valores profissionais que necessitam ser partilhados, com vista a superar formas alienadas de desenvolvimento, para dimensões mais produtivas.

Só assim se atingirá uma forma coerente de articulação entre teoria e prática, através de uma interacção entre a escola e serviços de saúde, num processo de cooperação efectiva entre os actores envolvidos na orientação dos alunos em ensino clínico, do qual deverá resultar além da qualificação destes últimos, o desenvolvimento dos recursos humanos (professores e Técnicos) e consequentemente das instituições envolvidas.

2.1.1. Dos Centros de Formação às Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde

Até meados da década de 50 o caminho percorrido em Portugal não foi brilhante. Porém, a década de 60 foi marcante para o desabrochar do ensino formal das profissões enquadradas no actual designado universo das “Tecnologias da Saúde”, apresentando um longo percursos de 4 décadas de evolução e desenvolvimento:

- 1961/62 – Criação dos primeiros Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos (CPTASC), a funcionarem junto a instituições hospitalares nos grandes centros urbanos do país, criados pela portaria n.º 18523 do Ministério da Saúde e Assistência (12 de Junho de

1961), e regulamentados em 1962 (portaria n.º 19397, de 20 de Junho) com o objectivo de uniformizar a formação de alguns profissionais prestadores de cuidados de saúde, até então preparados de forma diversa.

- 1964 - Criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar (Decreto n.º 45818, de 15 de Julho de 1964).
- 1966 – Criação da Escola de Reabilitação do Alcoitão (E.R.A.), no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Portaria n.º 22034, de 4 de Junho de 1964).
- 1971 – Criação das carreiras dos profissionais de saúde
- 1979 – É criada a Escola do serviço de Saúde Militar (Decreto-Lei n.º 266/79 de 02 de Agosto).

A década de 80 é decisiva na consolidação do ensino:

- 1980/1982 – Criação dos Centros de Formação de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, em Lisboa, Porto e Coimbra, (Portaria n.º 709/80, de 23 de Dezembro) Em 1982 (Decreto-Lei n.º 371/82, de 10 de Setembro), que dão origem, em 1982, após nova reestruturação, à criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (ETSS), dotadas de personalidade jurídica, autonomia técnica, administrativa e pedagógica, que ministram formação pós-secundária (Decreto-Lei n.º 371/82, de 10 de Setembro). A duração dos cursos passa a ser de 6 semestres.
- 1983 – Publicação dos primeiros programas/planos de estudos das ETSS e ERA (Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 13 de Janeiro de 1983, publicado no DR n.º 38, de 16 de Fevereiro de 1983).
- 1986 – Publicação do regulamento das Escolas, em que é exigido o 12º ano para acesso aos cursos, uma duração mínima de 3000 horas de formação e a criação do Curso Complementar de Ensino e Administração, como cursos de pós-graduação de um ano de duração (Portaria n.º 549/86 de 24 de Setembro).
- Na década de 90 concretiza-se a integração no sistema nacional de Ensino,

ao nível do Ensino Superior.

- 1990 – Publicação de novos planos de estudo dos cursos ministrados pelas 4 escolas que constituirão a base de implementação de um inovador modelo pedagógico, centrado na interdisciplinaridade e no aprofundamento dos saberes próprios das profissões das Tecnologias da Saúde (Despacho n.º 18/90 do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR n.º 208, de 8 de Setembro de 1990).

Até 1993 o ensino das Tecnologias da Saúde, incluindo o curso de Radiologia, manteve-se à margem do Sistema Educativo Nacional.

- 1993/1994 – Regulação do exercício das actividades no âmbito das Tecnologias da Saúde (Decreto-Lei n.º 261/93 de 24 de Julho). Neste decreto consta a caracterização de todas as profissões da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, incluindo funções e competências. Citando o referido Decreto, cabe ao Técnico de Radiologia “a realização de todos os exames na área da radiologia de diagnóstico médico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde; utilização de técnicas e normas de protecção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes”.

O marco mais importante é a integração do ensino das Tecnologias da Saúde no sistema educativo nacional, ao nível do ensino superior politécnico, passando as anteriores Escolas Técnicas de Saúde a designar-se por: Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde de Lisboa, Coimbra e Porto (Decreto-Lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro), sob dupla tutela do ministério da Saúde e da Educação e Escola Superior de Saúde do Alcoitão, sob tutela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e Ministério da Saúde.

- 1998/1999 – Início do aparecimento de novas instituições de ensino superior, no sector particular e corporativo, com cursos das Tecnologias da Saúde.
- 1998/2000 – Criação e implementação das licenciaturas biotécnicas em Tecnologias da Saúde (Portaria n.º 413- A/98 de 17 de Julho e Portaria n.º

3/2000 de 4 de Janeiro).

Este modelo de licenciatura bi-etápica tem sido contestado por toda a comunidade académica, pelos profissionais bem como pelas associações profissionais e sindicais, por não permitir a construção de modelos curriculares que reforcem as competências desejadas para um profissional de saúde, enquadrado em serviços de saúde cada vez mais complexos e utentes a exigir cada vez mais e melhores cuidados de saúde. É de referir também que os cursos das tecnologias da saúde são os únicos na área da saúde com o modelo bi-etápico. Num relatório preliminar sobre “a formação em Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear face à implementação do processo de Bolonha em Portugal”, a ATARP considera este modelo desajustado e realça a necessidade de enquadrar a formação em Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear ao nível de uma licenciatura com um ciclo de quatro anos, tendo em conta o constante desenvolvimento científico e tecnológico. Neste sentido, a ATARP propõe que seja criada a licenciatura em Ciências Radiológicas, com três variantes: Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear.

De notar que em Portugal, o início do novo século é marcado pelo aumento substancial de escolas públicas e privadas, e pelo aumento de vagas, em termos globais, nos diversos cursos.

Segundo estudos realizados por Rodrigues (2002), entre 1990 e 1998 o grupo de TDT sofreu um aumento dos seus efectivos no SNS de 33,0%. Segundo este mesmo autor, este aumento de efectivos poderá ficar devido ao impulso ocorrido na profissão, originado pela atribuição ao nível superior aos cursos de Tecnologias da Saúde.

Actualmente a quase totalidade dos Técnicos formados a partir de 1980 obteve o grau académico de nível superior, por via de equivalência. Contudo, encontram-se em exercício Técnicos com diferentes níveis de ensino (Bacharelato, Licenciatura).

As escolas melhoram a sua acção pedagógica, especialmente no que diz respeito à definição de objectivos educacionais, métodos de ensino, orientação de alunos e métodos de avaliação, verificando-se que actualmente algumas delas promovem a mobilidade de estudantes e docentes no âmbito do Programa Comunitário

Sócrates/ERASMUS, no Espaço Europeu.

O curso de Radiologia está dirigido para uma formação básica polivalente, que inclui no seu currículo conhecimentos abrangentes e diversificados, integrando conceitos de saúde, ciências sociais, gestão e investigação.

Outro dos aspectos que contribui para a qualidade da formação dos Técnicos de Radiologia é o facto do ensino clínico (estágios) ser realizado como complemento da teoria, fazendo-se preceder pela componente teórica, a fim de os tornar mais assimiláveis e profícuos, verificando-se assim uma preocupação com a articulação teoria/prática.

Segundo a associação profissional, a formação dos Técnicos de Radiologia portugueses caracteriza-se assim por elevados padrões de qualidade ao nível do que de melhor se faz na Europa produzindo profissionais de saúde altamente qualificados, capazes de responder de forma adaptativa aos avanços técnico-científicos que estão subjacentes a este sector à sua profissão. É importante referir também a grande procura e aceitação dos recém formados Portugueses no mercado Europeu, que não encontram qualquer tipo de dificuldade em ver reconhecida a sua competência, facto que comprova a sua qualidade (ATARP, 2004).

O âmbito da Radiologia tem vindo a alargar-se nos últimos anos , em parte devido ao desenvolvimento tecnológico (novas técnicas), mas também devido à conquista de novas competências (novos papéis desempenhados). Dada a diversificação crescente das técnicas utilizadas, que incluem a radiologia convencional, a tomografia axial computadorizada (usualmente designada por TAC), a ressonância magnética e angiografia, entre outras, a actividade dos Técnicos de Radiologia tem vindo a designar-se também por *Imagiologia*, termo que pela sua abrangência é considerado mais adequado à realidade actual.

2.1.2 Formação Inicial

Regra geral, os Cursos Superiores de Radiologia em Portugal, públicos ou privados, têm a duração de três anos mais um ano (licenciatura bietápica) e compreendem aulas teóricas e práticas e períodos de estágio, estando dirigido para uma formação básica polivalente. No seu início, integram normalmente nos seus planos curriculares disciplinas gerais na área da saúde, como anatomia, fisiologia, patologia, terapêutica geral e cuidados de saúde, mas à medida que prosseguem aumenta o número de disciplinas mais especificamente relacionadas com a radiologia, tais como processamento radiofotográfico, física das radiações, técnicas radiológicas, protecção e segurança radiológicas, etc. Além disso, é habitual incluírem disciplinas da área das ciências sociais e humanas (sociologia, psicologia, etc.) e de conhecimentos complementares (por exemplo, métodos de tratamento de dados, gestão e investigação).

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento substancial de escolas públicas e privadas, e um acréscimo de vagas.

Segundo fontes oficiais do Ministério da Ciência e do Ensino Superior, a oferta formativa do Curso Superior de Radiologia em 2004/2005 era disponibilizada pelas seguintes entidades:

1) Ensino Superior Público Politécnico:

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

Universidade do Algarve – Escola Superior de Saúde de Faro

Universidade de Aveiro – Escola Superior de Saúde de Aveiro

2) Ensino Superior Público – Militar e Policial Politécnico

Escola do Serviço de Saúde Militar

3) Ensino Superior Particular e Cooperativo Politécnico:

Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia

Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches

Instituto Superior de Saúde do Alto Ave

Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica

2.1.3. Formação Pós-Graduada

Com base numa pesquisa efectuada nos *sites de internet*, a oferta de formação pós graduada a que os Técnicos de Radiologia poderão aceder, não é muito diversificada. Os registos recolhidos em 2005, junto dos *sites* das instituições oficiais com apresentação das condições de acesso que incluem os TDT, são os seguintes:

1) Cursos de Pós Graduação

- Gestão em Saúde e Cuidados Paliativos (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias)
- Cuidados Paliativos (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias)
- Administração e Gestão de Organizações de Saúde (Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - ESTeSL)

2) Cursos de Mestrado

- Administração Pública (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias)
- Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde com especializações em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde e Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária (ESTeSL em parceria com a Universidade de Évora).
- Curso de Mestrado em Mestrado de Gestão em Saúde com especializações

em Gestão das Organizações de Saúde; Gestão Clínica; Gestão do Conhecimento em Saúde (Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP).

- Curso de Mestrado em Saúde Pública com áreas de especialização em Promoção e Protecção da saúde, Políticas e Administração de Saúde, Saúde Ocupacional e Saúde Ambiental.

3) Cursos de Especialização

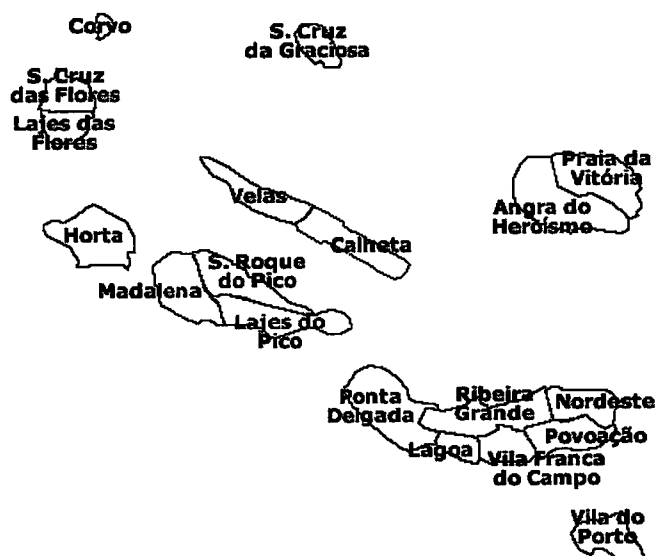
- Curso de Especialização em Administração Hospitalar (ENSP)
- Curso de Especialização em Saúde Pública (ENSP)

2.1.4. Formação Contínua dos Técnicos de Radiologia

De entre as entidades que habitualmente promovem acções de formação contínua destinadas aos Técnicos de Radiologia, destacam-se as Escolas Superiores de Saúde, os Serviços de Radiologia/Imagiologia dos diversos hospitais do país (com maior assiduidade o Hospital Distrital de Faro e Hospitais Universitários de Coimbra) e a ATARP. Segundo dados facultados pela ATARP regista-se a organização de 10 congressos nacionais de grande dimensão, mais de três dezenas de jornadas e simpósios de curta duração e pelo menos duas dezenas de acções de formação dirigidas nas áreas de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear.

A maioria da oferta formativa disponível está associada aos grandes centros, principalmente em áreas onde se localizam hospitais importantes, por haver uma adesão por um maior número de Técnicos. De referir que o número de profissionais Técnicos de Radiologia, embora tendo grande expressão no grupo dos TDT, ainda é muito reduzido, comparado com outros profissionais da área da saúde. Este aspecto é muito importante no âmbito da formação contínua, pois muitas entidades que poderiam promover acções de formação, sentem relutância em fazê-lo, tendo como consequência uma ainda fraca articulação entre as organizações e as instituições formadoras.

3.- CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DOS AÇORES



Fonte: Associação Bandeira Azul da Europa. URL: <http://www.abae.pt/portugal/mapas/acoes/acoes.htm> (21-04-2006)

3.1. Indicadores Demográficos

A Região Autónoma dos Açores (RAA) é constituída por um arquipélago de nove ilhas, com uma área total de 2333 Km² o que corresponde a 2,5% do território nacional. O arquipélago dista cerca de 1600 Km do continente europeu, sendo a distância que separa os pontos extremos do arquipélago de 600Km.

A população residente é de 241.763 habitantes, segundo os dados do “Censos 2001” e apresenta, actualmente as seguintes características:

- Uma densidade demográfica é de 104 habitante/ Km²
- Uma taxa de crescimento natural de 2 ‰
- Uma esperança de vida à nascença de 73,6 anos
- Uma taxa de mortalidade de 11 ‰ sendo as principais causas de morte, em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório ligadas à arteriosclerose e, em segundo lugar as neoplasias.

Quadro 4.- Indicadores Demográficos – População Total da RAA

Superfície e Densidade Demográfica por ilhas 2001			
	Superfície Km²	Habitantes	Hab./ Km²
Açores	2333	241763	104
Santa Maria	97	5578	58
S .Miguel	747	131609	176
Terceira	402	55833	139
Graciosa	61	4780	78
S. Jorge	246	9674	39
Pico	447	14806	33
Faial	173	15063	87
Flores	142	3995	28
Corvo	17	425	25

Fonte: Plano Regional de Saúde dos Açores (2004-2006)

3.2. Indicadores de Saúde e de Actividade

A RAA possui 3 hospitais: Hospital do Divino Espírito Santo, na ilha de S. Miguel, Hospital de Santo Espírito, na ilha Terceira e Hospital da Horta, na ilha do Faial, e 16 Centros de Saúde, um em cada ilha do arquipélago, excepto as ilhas Terceira (com dois) e S. Miguel (com cinco). Além destas instituições, a região ainda possui um Centro de Oncologia.

Em 2002, em média, num dia normal de funcionamento no Serviço Regional de Saúde (SRS):

- 771 pessoas inscreveram-se nas urgências dos centros de saúde
- 733 consultaram o seu médico de família
- 442 inscreveram-se nas urgências hospitalares
- 440 foram observadas nas consultas externas dos hospitais
- 274 foram visitadas no domicílio por um enfermeiro
- 46 deslocaram-se inter-ilhas para aceder a cuidados de saúde
- 45 foram consultadas por especialistas hospitalares que se deslocam inter-ilhas
- 30 foram operadas nos hospitais
- 11 deslocaram-se aos hospitais do SNS em Portugal Continental

- 9 nasceram nos hospitais
- 1,6 foram visitadas no domicílio por um médico
- ocorreram 0,5 transportes aéreos de emergência
- gastou-se 603 414€, o que significa que, em média, por dia, gastou-se 2,50€ por pessoa.

Quadro 5. -Indicadores de Actividade – Consultas

CONSULTAS				
	Centros de Saúde	Hospitais	COA	Total
1992	324651	95388		420039
1993	342266	115362	3911	461539
1994	344340	111707	3912	459959
1995	340947	124697	4052	469696
1996	352683	129222	4229	486134
1997	370400	132189	4106	506695
1998	342917	130965	4662	478544
1999	308658	133265	4378	446301
2000	260952	139077	4149	404178
2001	262526	148556	4124	414206
2002	267467	160434	3970	431871

Fonte: Plano Regional de Saúde dos Açores (2004-2006)

Quadro 6. -Indicadores de Actividade – Internamentos Hospitalares

	N.º de Camas	Taxa de Ocupação	Demora Média	Dias de Internamento
1992	621	65,16	7,59	147701
1993	626	66,47	7,32	151878
1994	619	66,82	7,24	150962
1995	614	66,22	7,49	152897
1996	616	68,53	7,12	154074
1997	620	68,70	7,21	155473
1998	624	68,04	7,32	154968
1999	638	65,70	7,04	152989
2000	675	66,55	7,21	163965
2001	685	63,35	6,94	158391
2002	685	67,48	7,02	168713

Fonte: Plano Regional de Saúde dos Açores (2004-2006)

Quadro 7. - Indicadores de Actividade – Internamentos Centros de Saúde

	N.º de Camas	Taxa de Ocupação	Demora Média	Dias de Internamento
1992	351	41,52	10,57	53190
1993	341	48,94	11,91	60919
1994	339	49,06	12,11	60709
1995	345	48,92	11,76	61223
1996	332	45,73	10,59	55417
1997	332	48,03	11,35	58245
1998	308	52,79	10,97	59345
1999	286	56,38	10,94	58860
2000	283	51,01	10,77	52589
2001	283	48,62	10,80	50221
2002	279	49,10	11,24	50000

Fonte: Plano Regional de Saúde dos Açores (2004-2006)

3.3. Recursos Humanos da Saúde nos Açores

Os recursos humanos do SRS têm registado um crescimento particularmente significativo nos últimos anos. Em 2003, o número de trabalhadores era 4066 (fonte: Plano Regional da Saúde 2004-2006), dos quais:

- 1011 são Enfermeiros
- 435 são Médicos
- 203 são TDT
- 39 são Técnicos Superiores de Saúde
- 12 são Médicos Dentistas

Quadro 8. -Recursos Humanos do SRS – Geral

RECURSOS HUMANOS -GERAL							
	Médicos	Médicos Dentistas	Enfermeiros	Tec. Sup Saúde	TDT	Outros	Total
1992	337		755		138	1901	3131
1993	349		788		139	1977	3253
1994	358		790		145	2060	3353
1995	356		816		161	2141	3474
1996	351		793	42	171	2051	3408
1997	363	9	838	34	174	2092	3510
1998	351	10	893	29	178	2067	3528
1999	352	9	878	30	173	2129	3571
2000	384	10	924	37	170	2239	3764
2001	407	11	961	39	178	2300	3896
2002	435	12	1011	39	203	2366	4066

Fonte: Plano Regional de Saúde dos Açores (2004-2006)

Analisando estes dados observa-se que o número de recursos humanos do Serviço Regional de Saúde têm vindo a aumentar gradualmente nos últimos anos. O grupo dos TDT regista igualmente um acréscimo de profissionais. Embora os indicadores de recursos humanos, facultados pela DRS, relativos aos TDT não estejam discriminados por cursos, provavelmente o número de Técnicos de Radiologia também deve ter registado um aumento nos últimos anos, acompanhando a tendência das Tecnologias da Saúde.

Comparando o número de TDT em 2002 com o número obtido através do levantamento de dados em 2005 (**Quadros n.º 9 e n.º 10**), no âmbito deste estudo, confirma-se a tendência de crescimento, dado que passaram de 203 para 209.

3.4. Indicadores dos Serviços de Radiologia e dos Técnicos de Radiologia

Os utentes da RAA actualmente dispõem de um serviço de Radiologia Convencional em cada Centro de Saúde e serviços de Imagiologia, acrescidos de mais valências, nos três hospitais. Os hospitais das ilhas do Faial e Terceira possuem, cada um deles, um equipamento de TC. O Hospital do Divino Espírito Santo, em S. Miguel está equipado com TC, Ressonância Magnética e Angiografia.

Segundo dados obtidos em Maio de 2005, o número total de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica na RAA é de 209, dos quais 46 são Técnicos de Radiologia, constituindo o segundo maior grupo profissional (a seguir ao curso de Análises Clínicas com 56 Técnicos) da área das Tecnologias da Saúde.

Verifica-se que a maioria dos Técnicos de Radiologia (24) se encontram concentrados nos 3 Hospitais da RAA, estando os restantes 22 distribuídos pelos 16 Centros de Saúde. Observando os números constata-se que existem cinco Centros de Saúde que dispõem apenas de um Técnico de Radiologia, como é o caso dos Centros de Saúde de Angra do Heroísmo, Horta, Calheta, Lajes do Pico, S. Roque do Pico, Povoação, Nordeste e Vila Franca do Campo.

Quadro 9. - Distribuição dos TDT por Hospitais

Hospitais	Pessoal Técnico														126
	Anál. Clin, S. P.	Anat. Pat.	Aud.	Cardio.	Diet.	Farma.	Fisiot.	Neurofis.	Ortopr.	Ortopt.	Rad.	Saude. Amb.	Terap. Fala	Terap. Ocup.	
Angra do Heroísmo (Terceira)	9	3	1	6	3	3	4	1	-	2	5	-	1	-	
Horta (Faial)	7	-	-	2	-	3	3	-	1	1	4	-	1	1	
Ponta Delgada (S. Miguel)	18	3	2	8	2	1	8	1	1	2	15	-	2	2	
TOTAL	34	6	3	16	5	7	15	2	2	5	24	-	4	3	

Fonte: recolha própria (2005)

Quadro 10. - Distribuição dos TDT por Centros de Saúde

Centros de Saúde	Pessoal Técnico													
	Anál. Clin. S. P.	Anat. Pat.	Aud.	Cardio.	Diet.	Farma.	Fisiot.	Neurofis.	Ortopr.	Ortopt.	Rad.	Saúde Amb.	Terap. Fala	Terap. Ocup.
Angra do Heroísmo (Terceira)	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	4	-	-
Calheta (S. Jorge)	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-
Horta (Faial)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-
Lajes do Pico	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Madalena do Pico	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-
Nordeste (S. Miguel)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	1
Ponta Delgada (S. Miguel)	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	-	-
Povoação (S. Miguel)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Praia da Vitória (Terceira)	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	2	-	-
Ribeira Grande (S. Miguel)	3	-	-	-	-	-	3	-	-	-	2	2	-	-
São Roque do Pico	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Sta. Cruz da Graciosa	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1	-	-
Sta. Cruz das Flores	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-
Velas (S. Jorge)	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-
Vila do Porto (Sta. Maria)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vila Franca do Campo (S. Miguel)	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-
TOTAL	19	0	0	4	1	0	14	0	0	0	22	22	0	1
														83

Fonte: recolha própria (2005)

Quadro 11. - Actos de serviços complementares de diagnóstico efectuados nos hospitais da RAA

Ponta Delgada					
Designação	No internamento	Nas consultas externas	Nos Serviços de Urgência	No exterior	TOTAL
Análises Clínicas	272976	298474	208118	151	779791
Imuno-Hemoterapia	29677	73188	5220	486	108571
Anatomia Patológica	3039	3122	267	-	6428
Imagiologia	15724	22256	46497	24270	108747
Angiografia	381	91	4	1	477
Ecografia	1624	3997	1478	2583	9682
Radiologia Convencional	10128	13243	44211	11765	79347
Mamografia	454	1039	62	14	1569
RM	119	537	9	66	731
TC	2559	2965	733	9839	16096
Outros	459	384	-	2	845
Fisioterapia	8163	54779	187	-	63129
Angra do Heroísmo					
Designação	No internamento	Nas consultas externas	Nos Serviços de Urgência	No exterior	TOTAL
Análises Clínicas	34618	64342	27665	56016	182641
Imuno-Hemoterapia	-	-	-	-	-
Anatomia Patológica	-	-	-	9	9
Imagiologia	2711	7583	3878	5088	19260
Angiografia	-	-	-	-	-
Ecografia	537	2312	315	841	4005
Radiologia Convencional	1556	3730	3362	3058	11706
Mamografia	8	359	-	878	1245
RM	-	-	-	-	-
TC	610	1182	201	311	2304
Outros	-	-	-	-	-
Fisioterapia	5784	2478	321	7879	16462
Horta					
Designação	No internamento	Nas consultas externas	Nos Serviços de Urgência	No exterior	TOTAL
Análises Clínicas	30106	20262	22298	98248	170914
Imuno-Hemoterapia	-	-	-	-	-
Anatomia Patológica	-	-	8	-	8
Imagiologia	2957	6542	4114	5490	19103
Angiografia	-	-	-	-	-
Ecografia	523	1771	293	1053	3640
Radiologia Convencional	1882	3613	3649	3267	12411
Mamografia	10	272	1	834	1117
RM	-	-	-	-	-
TC	542	886	171	336	1935
Outros	-	-	-	-	-
Fisioterapia	2837	1108	744	6673	11362

Fonte: Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA) 2003.

Quadro 12. - Actos de serviços complementares de diagnóstico e terapêutica efectuados nos Centros de Saúde da RAA

Designação	Actos Complementares de diagnóstico					Actos complementares de terapêutica	
	Análises Clínicas	Ecografias	Electro-Cardiogramas	Imagiologia Convencional	Outros	Tratamentos fisiátricos	Outros
Total Açores	527055	2527	15164	84955	5699	87829	19124
Santa Maria (Vila do Porto)	41840	-	1373	6206	-	-	-
São Miguel	207569	-	2365	46224	4	45528	19124
Nordeste	-	-	464	1737	-	17442	19124
Ponta Delgada	-	-	591	8001	-	-	-
Povoação	-	-	358	2916	4	5124	-
Ribeira Grande	175766	-	952	31897	-	20098	-
Vila Franca do Campo	31803	-	-	1673	-	2864	-
Terceira	16608	1890	4561	9610	117	-	8929
Angra do Heroísmo	-	1890	2221	3158	117	-	-
Praia da Vitória	16608	-	2340	6452	-	8929	-
Graciosa (Sta Cruz da Graciosa)	40358	-	922	-	4239	10198	-
São Jorge	87117	-	1782	7932	129	12869	-
Calheta	39602	-	741	3428	129	3778	-
Velas	47515	-	1041	4504	-	9091	-
Pico	101028	372	2598	10229	1107	10305	-
Lajes	26142	-	877	3537	-	1444	-
Madalena	45878	-	883	4151	32	-	-
São Roque	29008	372	838	2541	1075	8861	-
Faial (Horta)	-	-	982	1796	-	-	-
Flores (Sta. Cruz das Flores)	32535	265	581	2958	103	-	-

Fonte: Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA) 2003.

3.2. Situação de Saúde nos Açores

A Direcção Regional de Saúde tem demonstrado uma crescente empenho na resolução dos problemas com que se depara a RAA na área da Saúde.

Pela essência vital que lhe está subjacente, pelo tipo de recursos materiais e humanos que exige e pelos avultados montantes financeiros que envolve, a Saúde é hoje considerada uma das áreas mais complexas de gerir. Numa Região ultraperiférica e com características tão específicas, como os Açores, (em que por exemplo os utentes têm necessidade de se deslocar por via aérea inter-ilhas ou mesmo para o território continental para consultarem especialistas e/ou efectuarem determinados tratamentos; ou em que nas ilhas que não possuem um Hospital com maternidade, as mães têm que se deslocar a outra ilha de avião para efectuar o parto, e, em alguns casos, por falta de

um ecógrafo e respectivo especialista, também têm que se deslocar, de uma ilha para outra, para efectuar consultas durante a gravidez), a Saúde torna-se um desafio ainda maior, a todos os níveis, mas sobretudo ao nível da gestão. Neste sentido, o Plano Regional de Saúde 2004-2006 elaborado pela DRS apresenta como lema “melhor gestão, mais saúde”, apresentando 3 orientações estratégicas:

1. Promover um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde eficiente
2. Investir na promoção da saúde e na prevenção da doença
3. Sensibilizar o cidadão para a responsabilidade que tem perante a sua saúde individual e perante o sistema regional de saúde

A DRS define também como projectos futuros:

- a melhoria da acessibilidade da informação ao cidadão, através da criação de um sistema de informação com recurso a divulgação de folhetos e através da Internet;
- a informatização do SRS através da implementação de uma rede de dados virtual com cruzamento dos mesmos entre as diversas Unidades de Saúde;
- desenvolvimento de uma rede programada de telemedicina, alargada a todas as Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde da RAA, dando continuidade a trabalho já iniciado nalgumas ilhas. (Plano Regional de Saúde dos Açores 2004-2006).

3.6. Política Regional de Saúde e as Tecnologias da Saúde

O SRS tem feito um esforço na concessão de bolsas de estudo, com o compromisso do exercício na Região a alunos dos cursos de Diagnóstico e Terapêutica, à semelhança do que acontece com o curso de Medicina, de modo a atrair um maior número de recursos humanos para a RAA.

Apesar deste esforço, alguns Centros de Saúde da Região têm apenas um Técnico de Radiologia.

Quadro 13. - Bolseiros da Região

N.º de Bolseiros da RAA			
	Medicina	TDT	Total
1998	0	20	20
1999	24	25	49
2000	33	28	61
2001	45	42	87
2002	50	45	95
2003	71	42	113

Fonte: Plano Regional de Saúde dos Açores (2004-2006)

No âmbito das Tecnologias da Saúde existem dois tipos de bolsas:

- Para formação inicial nos Cursos de Diagnóstico e Terapêutica
- Para formação no âmbito da Licenciatura Bietápica

Através da Portaria n.º 23/2002 de 14 de Março foi aprovado um regulamento de concessão de bolsas de estudo para a frequência de cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde, como forma de fazer face às despesas de deslocação dos TDT da Região, uma vez que estes têm que se deslocar para fora do seu local de residência.

A bolsa de estudo, cuja concessão depende da disponibilidade orçamental é paga pela unidade de Saúde a que os TDT se encontram vinculados e compreende:

- concessão de um subsídio equivalente a cinco vezes o ordenado mínimo (remuneração mínima mensal mais elevada garantida por lei), pago em três prestações (no início, meio e fim de curso);
- concessão, por uma única vez, de transporte de ida e volta, entre o local de residência do bolseiro e o local onde frequenta o curso.

A aceitação da bolsa de estudo implica, em contrapartida, a aceitação das seguintes condições:

- a prestação de serviços na RAA, durante um período não inferior ao dobro daquele durante o qual beneficie de bolsa;
- o compromisso de continuar funções na unidade de saúde da RAA a que se encontra vinculado, imediatamente após a conclusão do curso;
- os bolseiros ficam obrigados a reembolsar a RAA, através da Direcção Regional de Saúde, no dobro da totalidade dos valores recebidos, a título de bolsa, incluindo despesas com passagens se não cumprirem qualquer das condições anteriormente descritas e caso desistam da frequência do curso ou reprovem por falta de aproveitamento, assiduidade ou razões disciplinares.

Até à data, não existem dados disponíveis nas fontes oficiais da Região Açores sobre o número exacto de Técnicos de Radiologia que se candidataram a este tipo de bolsas.

3.7. Formação em Saúde nos Açores

É indubitável que para se conseguir atingir níveis de qualidade no Serviço Regional de Saúde dos Açores, é necessário investir cada vez mais, na formação profissional dos recursos humanos, de forma a conseguir abranger todos os grupos de profissionais e todas as áreas de actuação. Com vista a atingir este objectivo, foram criadas várias formas de criar e promover a formação no sector da saúde, nomeadamente através do Despacho Normativo n.º 39/2001 que estabeleceu a criação dos órgãos, regras e princípios que regem a formação profissional no Serviço Regional de Saúde RAA.

Foram assim criados os seguintes órgãos:

- Em cada Unidade de Saúde da Região, um Núcleo de Formação Profissional (NFP);
- A nível do Serviço Regional de Saúde, a Equipa de Projecto de Formação da Saúde (EPFS).

1- O Núcleo de Formação Profissional

O NPF é composto por 3 elementos, um coordenador e dois vogais, a nomear de entre as carreiras existentes na unidade de saúde. Estes elementos são nomeados por um período de 3 anos pelo conselho de Administração de cada unidade de saúde.

O NPF possui as seguintes competências:

- identificar, em articulação com os responsáveis pelos serviços, as necessidades de formação dos funcionários do respectivo serviço de saúde
- elaborar o Programa Específico de Formação (PEF) para os funcionários da respectiva unidade de saúde;
- organizar o processo de acreditação, segundo a legislação vigente, junto da entidade competente a nível regional e gerir a actualização do seu dossier de acreditação;
- preparar a candidatura do PEF a co-financiamento do Fundo Social Europeu;
- constituir uma bolsa de formadores certificados;
- organizar os eventos constantes do seu PEF, assim como colaborar na realização de acções de formação da responsabilidade da EPFS, quando tal for solicitado.
- organizar, em colaboração com instituições exteriores ao serviço regional de Saúde, eventos formativos que abranjam os funcionários e agentes da sua unidade de saúde e das instituições envolvidas;
- colaborar com os diversos sectores ou grupos profissionais da sua unidade de saúde na organização de eventos formativos;
- divulgar, na respectiva unidade de saúde, todos os eventos formativos organizados por outras instituições, que possuam credibilidade e tenham interesse em serem frequentados pelos funcionários da mesma;
- proceder à recepção das fichas de inscrição dos candidatos a eventos

formativos, dar parecer relativamente à frequência dos mesmos, independentemente de quem os organiza;

- enviar as fichas de inscrição dos candidatos a eventos formativos, que não sejam organizados pelo NFP, para as entidades organizadoras;
- confirmar a frequência nas acções de formação organizadas por outras entidades após consulta aos responsáveis pelos serviços;
- comunicar aos interessados a decisão tomada relativamente à sua participação em acções de formação;
- proceder à avaliação dos eventos formativos por ele organizados, utilizando para o efeito impressos próprios distribuídos aos formandos e formadores;
- elaborar o ficheiro de formação dos funcionários da sua unidade de saúde. Deverão constar do processo de cada candidato, para além de outras informações que o NPF julgar por bem incluir, os seguintes registos: acções frequentadas e respectivos certificados de participação ou presença, pedidos de inscrição em eventos formativos, relatórios ou comunicações apresentadas.

A autorização para a frequência de eventos formativos, pelos funcionários do Serviço Regional de Saúde, só pode ser concedida se aqueles satisfizerem os seguintes requisitos: **i)** estar a temática do evento formativo inteiramente relacionada com a carreira, categoria, cargo e/ou exercício efectivo de funções do funcionário; **ii)** o evento formativo revestir claro e inequívoco interesse para o SRS; **iii)** existir a informação precisa de que a ausência do funcionário não compromete o funcionamento do serviço.

Aos funcionários a quem seja permitido frequentar eventos formativos, por estes satisfizerem os requisitos definidos no ponto anterior, é-lhes concedido:

- dispensa de serviço enquanto durar o evento, considerando os períodos para deslocação ao local de formação e regresso ao serviço, se necessário;
- pagamento de transportes, se for caso disso;

- abono de ajudas de custo, se for caso disso;
- pagamento de inscrição, se for caso disso.

Poderão ainda ser atribuídos aos funcionários até quinze dias úteis por ano civil, em regime de dispensa de serviço, sem a concessão dos elementos referidos no parágrafo anterior.

A autorização para a frequência de eventos formativos fora da região apenas é possível se na região não estiver formação similar. Caso os eventos formativos se realizem em território nacional, a autorização passa a ser da competência dos Conselhos de Administração das unidades de saúde. Por outro lado, se a formação ocorrer fora do território nacional a autorização é da competência do Secretário Regional dos Assuntos Sociais, ouvidos a DRS e o Conselho de Administração da unidade de saúde do candidato.

Tendo por base este enquadramento legal, a Divisão de Formação Profissional (DFP) da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais elabora um plano anual de formação destinado aos diversos profissionais de saúde, que é divulgado junto dos NFP das diversas unidades de Saúde da RAA.

A selecção dos temas constantes do referido plano de formação é feita por elementos da DFP, em conjunto com representantes dos diversos NFP que apresentem propostas de formação.

Além deste plano, cada NFP elabora um programa anual de formação tendo em conta as prioridades formativas da instituição, as necessidades específicas dos profissionais e também algumas propostas viáveis que tenham sido apresentadas por parte dos serviços/profissionais.

São descritos abaixo alguns exemplos de áreas/cursos de formação já realizados no âmbito do programa anual de formação profissional dos profissionais de saúde da RAA:

- Reanimação: suporte básico e avançado de vida
- Novas tecnologias (cursos de Microsoft Excel, e Word, análise de dados com SPSS, serviços e recursos de informação na Internet, etc)

- Cursos específicos para enfermagem (Ex: “prevenção e tratamento de feridas crónicas”)
- Gestão e qualidade (Ex: “administração de serviços de saúde”, “qualidade total e acreditação, etc).

Anualmente, é atribuído pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais um orçamento a cada NFP da RAA. No caso concreto do NFP do Hospital do Divino Espírito Santo (S. Miguel), este orçamento ronda os 100 000€ (não inclui estágios nem preparação de grupos específicos de trabalho). Este montante é distribuído pelos diversos grupos de profissionais, ou seja, é atribuída uma verba para cada carreira.

Aos funcionários a quem seja permitido frequentar eventos formativos, por estes satisfazerem os requisitos já definidos anteriormente é-lhes concedido, de acordo com a verba disponível e com o número de participantes interessados pagamento total ou parcial das despesas envolvidas. Uma vez gasto o montante atribuído a cada grupo de profissionais, não será mais possível, nesse mesmo ano, o pagamento de despesas relativas a eventos formativos.

Através dos dados recolhidos junto da DFP da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, foi possível saber que desde a criação dos NFP nunca se realizou uma formação específica para TDT na RAA, até à presente data. Os motivos apontados pelos responsáveis foram a dispersão geográfica e o número reduzido de Técnicos em cada área, o que levaria a uma baixa participação nos eventos formativos.

Em alternativa à realização na RAA de modalidades de formação específica para TDT, estes poderão, mediante determinados critérios, deslocar-se para fora da Região, a fim de frequentarem eventos formativos que se realizem em território nacional ou mesmo no estrangeiro (congressos, estágios, cursos, etc).

Qualquer documento relativo a acções de formação, realizadas fora do âmbito da DFP e dos NFP e, é divulgado por esta entidade, sendo afixado ou, em caso de formação específica, enviado directamente aos Directores de Serviço e Técnicos Coordenadores que são responsáveis pela divulgação junto das suas equipas.

Actualmente não existem dados estatísticos publicados relativos à participação dos TDT da RAA em eventos formativos para que se possa observar algum padrão

dessa mesma participação.

Em relação à formação nas Tecnologias da Saúde na RAA há que referir também o *Concelho Técnico de Diagnostico e Terapêutica* (C.T.D.T.) do Hospital do Divino Espírito Santo - órgão constituído em 2000 e que tem manifestado alguma preocupação e empenho em relação à temática da formação dos TDT. Entre os seus objectivos constam:

- desenvolver estudos de necessidades de formação profissional contínua, bem como acompanhar a execução dos respectivos planos, designadamente dos recursos financeiros;
- dar parecer e efectuar sugestões sobre assuntos relativos à formação contínua dos TDT em articulação com o NFP.
- dar parecer sobre o envolvimento da instituição em programas de cooperação, ao nível do ensino das tecnologias da saúde e da formação profissional contínua.

De entre as iniciativas realizadas por este Conselho destacam-se a instituição (em parceria com o HDES) do *Prémio Tecnologias da Saúde*, com carácter anual, destinado a galardoar os melhores trabalhos científicos realizados por TDT do HDES publicados/apresentados durante esse ano. Podem concorrer Dissertações, Teses de Mestrado e de Doutoramento, Monografias, livros, capítulos de livros, projectos, artigos científicos, posters, comunicações, etc, apresentados anualmente. Os prémios são entregues no dia 31 de Janeiro o ano seguinte, em cerimónia pública (com apresentação do trabalho), a realizar o HDES. O valor pecuniário do prémio é 500€.

Outra iniciativa promovida por este concelho foi a organização em Abril de 2004 do “*I Curso Atlântico – Gestão e Economia dos Serviços de Saúde para TDT*”, com cerca de 120 participantes inscritos, oriundos de todo o território nacional.

Por último há que referir que os três sindicatos que representam as Tecnologias da Saúde na RAA não promovem directamente acções de formação; apenas divulgam a informação relativa a acções de formação junto dos seus associados.

4.- OPÇÕES METODOLÓGICAS

4.1.- Notas preliminares

Numa atitude de procura da descodificação do perfil de percepção dos TR sobre a formação contínua, e de acordo com as questões de partida, procurei desolcultar os mecanismos inerentes à problemática em causa. Assim sendo, as opções metodológicas adoptadas foram delineadas no sentido de aceder à compreensão da lógica da acção que subjaz à participação dos Técnicos de Radiologia em processos formativos.

Na verdade, partindo dum cariz marcadamente “instrumental” deste estudo – porque com incidência num grupo específico de profissionais de saúde - comporta um desafio claro: a responsabilidade acrescida de consolidar a motivação para o rigor, no sentido de evitar que a percepção do risco perturbe significativamente a objectividade desejada. Saliento a intencionalidade, seguindo a visão de Amblard et al (1996: 220), de acordo com os quais *“a partir do momento em que o sociólogo ambiciona uma forma de utilidade social no campo que é aquele em que ele intervém, é-lhe necessário ter em conta a dimensão prática de que pode revestir-se esse conhecimento sobre”* o real.

A escassez de estudos sobre a análise de necessidades de formação dos Técnicos de Radiologia, justifica a opção por um estudo mais delimitado, de cariz exploratório–descritivo (Fortin, 1999) não no que concerne à análise de necessidades ao, que constitui assunto já bastante estudado em diversas áreas, mas em relação ao posicionamento, resultante (ou em relação à percepção) dos actores face ao desafio da formação contínua. É exploratório porque pretendo aprimorar ideias ou descobrir intuições (Gil, 1991:45) e porque considero ser difícil saber formular hipóteses explicativas precisas e operacionalizáveis sobre um contexto social que se reveste de subjectividade dos actores que nele participam ainda pouco ou nada estudado. Porém, tal facto não obsta o enquadramento do nível de pesquisa no plano descritivo, na medida em que em última instância procuro descrever não só as características da população TR e do fenómeno das suas necessidade de formação no contexto de TDT, mas também o estabelecimento de relações entre as variáveis (características dos TDT/TR, razões de participação ou não na formação, as necessidades sentidas e o “impacto” da formação na vida profissional e pessoal).

Optei por uma instrumentação quantitativa de aplicação transversal, recolha de dados, sob formato de inquérito por questionário.

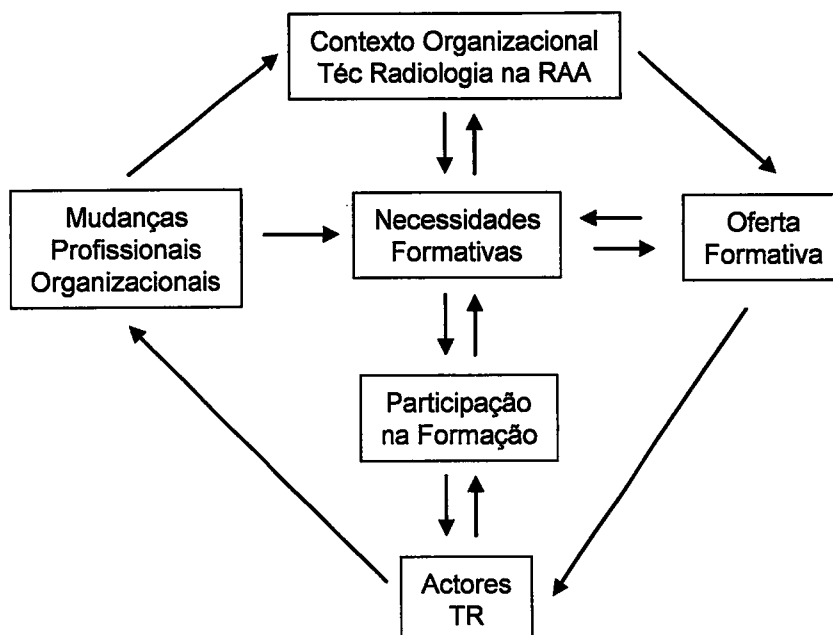
Assim sendo, este estudo é caracterizado por ter utilizado uma metodologia fundada numa abordagem quantitativa, uma vez que pretendeu analisar objectivamente as necessidades de formação contínua dos Técnicos de Radiologia da RAA. Em termos pragmáticos, procurei ao longo da investigação saber que atitudes, pontos de vista e preferências têm os TR a respeito das necessidades de formação, enquadrado no contexto das TDT, e dos seus efeitos no seu quotidiano profissional e na sua vida pessoal, com o intuito de descobrir tendências, reconhecer interesses, e, sobretudo, conhecer o padrão valorativo que os profissionais conferem à formação contínua.

4.2. Pressupostos da Investigação e sua contextualização

Os Técnicos de Radiologia fazendo parte de organizações de saúde, com exigências cada vez maiores de qualidade competências numa sociedade do conhecimento em que os saberes são mais efémeros que nunca.

A importância da contextualização é sublinhada por Campenhoudt (2003), anuncia um dos pressupostos fundamentais da análise dos fenómenos sociais: a impossibilidade de compreender determinados fenómenos sem os contextualizar no plano social. A arquitectura do presente estudo evidencia este mesmo pressuposto: a problemática da formação no contexto sócio-organizacional das Tecnologias da Saúde numa Região com características tão particulares como os Açores.

No sentido de operacionalizar a arquitectura do presente estudo, recorri a uma grelha de análise – instrumento metodológico fundado num modelo analítico, através do qual efectuei conduzi o recorte do objecto de estudo e a sua abordagem numa perspectiva quantitativa, conforme o modelo descrito em seguida:

Esquema 2. – Matriz da grelha de análise

Variáveis do estudo

Dadas as características da investigação realizada e, tomando como pano de fundo a análise global das referências teóricas recenseadas no capítulo anterior, identifiquei as seguintes variáveis intervenientes no campo analítico:

- 1) **Variáveis pessoais:** Tomei em consideração a idade e o sexo como principais referências no presente estudo, procurando estabelecer eventuais relações entre este tipo de variáveis e a temática em estudo.
- 2) **Variáveis profissionais:** Englobei neste domínio o tipo de organização de serviço de saúde de pertença, o local de trabalho, o grupo profissional de TDT, a antiguidade na profissão, os níveis de escolaridade e a situação profissional. Procurei verificar a este nível eventuais discrepâncias existentes nas tipologias de necessidades de formação, entre profissionais dos hospitais e dentro de um hospital, no que respeita à motivação para a formação, as razões da procura de formação, a participação e não participação nas acções, e as áreas de formação.
- 3) **Necessidades de formação:** Neste bloco interessou-me sobretudo encontrar referências justificativas ao tipo de motivos específicos que possam eventualmente mobilizar os TDT, em geral, e os TR, em particular, na procura da formação contínua. Enquadram-se igualmente dentro deste grupo como

variável a “montante” da auto-percepção das necessidades, e que corresponde à auto-avaliação do ajustamento das competências profissionais às actividades quotidianas de trabalho.

- 4) Participação e Não-participação na formação:** Considerei dentro deste grupo as variáveis que me permitem aferir os sentimentos, as percepções e ou representações dos TDT, em geral, e os TR, em particular quanto às suas razões de participação e não participação nas acções de formação, reflectidas ou não na prática efectiva de procura e ou rejeição das ofertas formativas, nomeadamente no último ano. Em termos, estritos, achei pertinente descobrir a relação que os TDT, em geral, e os TR, em particular, estabeleceram com a sua própria dinâmica de participação na formação, nomeadamente no que diz respeito ao impacto da formação na vida pessoal e profissional.
- 5) Prioridades Formativas e Desenvolvimento da Formação:** Incluí dentro deste grupo as variáveis que me permitem determinar o modo de auto-percepção dos TDT, em geral, e dos TR, em particular, face às prioridades formativas, aos motivos da sua verbalização e aos efeitos da formação quer no presente, quer num futuro próximo, isto é, na dinâmica do desenvolvimento profissional dos diferentes grupos de TDT.

Formulação de hipóteses

As hipóteses do estudo realizado foram formuladas tendo presente, por um lado, a revisão bibliográfica efectuada sobre a problemática global, e por outro, a minha experiência pessoal como Técnica de Radiologia na RAA, quer ao nível hospitalar quer num centro de saúde. Em primeiro lugar, admiti como hipótese geral da pesquisa o seguinte: *“Não é provável que exista um perfil heterogéneo de apreciação da importância da formação contínua dos TR, nem quanto às necessidades de formação propriamente ditas no contexto global dos TDT, apesar de se poder verificar alguma diferença ao nível das áreas de necessidades sentidas pelos profissionais, situação que deve derivar de factores relacionados com as características inerentes à própria de profissão de TR e aos interesses de ordem pessoal sobre a formação e as oportunidades participação nas acções de formação”*.

Para operacionalização da presente hipótese geral, tendo como pano de fundo, por um lado, as duas vertentes que subjazem na sua formulação e descritas acima, e por outro, atendendo a especificidade do problema estudado, identifiquei as seguintes hipóteses de estudo:

- 1ª hipótese:* As necessidades de formação manifestadas pelos Técnicos de Radiologia situam-se ao nível das necessidades profissionais, não sendo evidente qualquer diferença entre estes e os demais TDT pertencentes aos hospitais e aos centros de saúde.
- 2ª hipótese:* As razões de não participação nas acções de formação contínua não correspondem ao desinteresse e ou desinvestimento dos Técnicos de Radiologia na formação, não sendo evidente qualquer diferença entre estes e os demais TDT pertencentes aos hospitais e aos centros de saúde.
- 3ª hipótese:* Quer os Técnicos de Radiologia, quer os demais TDT da RAA têm consciência das suas lacunas no desempenho profissional, sendo evidente alguma motivação em aprofundar os conhecimentos, tendo em vista a melhoria da prestação de cuidados.
- 4ª hipótese:* Apesar da existência de uma certa diversidade de possíveis impactos da formação na vida pessoal e profissional dos Técnicos de Radiologia, tais impactos são semelhantes aos que predominam no seio dos demais TDT pertencentes aos hospitais e aos centros de saúde.

4.3.- Recolha da Informação

Os instrumentos que permitiram a recolha de dados foram baseados no objecto de estudo, nos objectivos propostos e no tipo de estudo já desenvolvidos no início deste capítulo.

Assim sendo, as estratégias de recolha de dados incidiram sobre o seguinte:

- Pesquisa Bibliográfica: Esta foi utilizada para a construção do quadro conceptual que suporta este estudo, tendo sido baseada em outros estudos de análise de necessidades em diversas áreas, para que pudesse aprofundar conhecimentos.

- Pesquisa Documental: Foi realizada aquando da consulta de registos relativos à caracterização dos Técnicos de Radiologia e da Região de Saúde dos Açores, nomeadamente legislação, publicações administrativas, relatórios, estatísticas disponíveis e dados demográficos.
- Inquérito por meio de questionário: Esta técnica foi sem dúvida a técnica de eleição. A opção deste tipo de método de recolha de dados justifica-se por ser um método extensivo que permite inquirir um elevado número de pessoas, dispersas geograficamente, em pouco tempo.

O formato de inquérito, na expressão de Lima (1995) pode ser usado para a concretização de dois tipos de objectivos: o progresso no conhecimento e análise científicos e/ou intervenção na realidade social.

A aplicação do questionário possui as seguintes vantagens no âmbito deste estudo: permite uma quantificação das necessidades expressas, um cruzamento de variáveis, (correlações entre as necessidades expressas e, por exemplo, o nível de qualificação, a idade, etc.). Permite também abranger de uma forma relativamente económica um grande número de pessoas (método extensivo), e principalmente pessoas geograficamente dispersas que seria bastante dispendioso o contacto individual (Meignant, 1999: 139). Este foi um dos motivos de se ter optado por este método de recolha de dados, uma vez que havia a necessidade de ser aplicado em diferentes unidades de saúde e em diferentes ilhas do Arquipélago, tornando impossível o contacto directo com toda a população. Outra vantagem deste método é que possibilita a garantia de anonimato.

Para Meignant (1999: 139), a qualidade dos resultados obtidos por um questionário depende essencialmente de dois factores: a qualidade metodológica da elaboração das hipóteses a testar da respectiva tradução em questões, e a sensibilização prévia do meio.

Para além destas vantagens, o interesse central de metodologia de base quantitativa reside na procura de uma maior objectividade. Como relembra Saragoça (2004:80), mantendo uma atitude de vigilância epistemológica (que qualquer abordagem científica requer), *“o uso de estatísticas contribui para o seu trabalho, já que ao produzir dados objectivos, permite romper com as pré-noções que constituem*

obstáculos epistemológico)”.

Como principais desvantagens destaca-se o facto de os questionários enviados a todo o pessoal terem, frequentemente, uma baixa taxa de respostas, o que curiosamente não se verificou neste estudo.

De referir também que a ausência de diálogo impossibilita o aprofundamento das ideias, ainda tenham sido incluídas questões abertas. Por outro lado, o questionário não permite o controlo das condições em que as respostas são dadas, e, nesse sentido, podem corresponder a estereótipos e não responder aos objectivos pretendidos. Outra limitação reside na fraqueza da capacidade de previsão do questionário sobre comportamentos efectivos de inscrição. O questionário de recolha de necessidades é, na opinião de Meignant (1999: 140), “*um instrumento cuja utilização deve ser limitada ao estudo das expectativas de uma população bem definida*”, como é o caso dos Técnicos de Radiologia.

Assim sendo, os questionários foram elaborados com vista ao conhecimento das necessidades de formação contínua dos Técnicos de Radiologia, tendo presente como pano de fundo as necessidades globais do sector das Tecnologias da Saúde e desenhados de modo a obter um perfil destes profissionais no contexto do grupo profissional dos TDT no seu todo, a sua participação em actividades de formação contínua, no último ano, bem como atitudes e expectativas face à mesma.

A esta construção subjaz uma lógica de leitura do posicionamento dos actores face à problemática da formação, com base na correlação analítica entre as dimensões em estudo, a partir das variáveis consideradas para a investigação, a saber: variáveis de caracterização dos inquiridos (sócio-demográfica e profissional), e as variáveis consideradas como as mais representativas da problemática em estudo – a da formação (importância da formação para a profissão; razões de participação e não participação nas acções de formação; frequência na participação nas acções de formação; necessidades de formação verbalizadas; áreas de formação expressas; modalidades de organização da oferta formativa).

O questionário apresenta um total de 21 questões, contendo uma combinação de perguntas abertas e fechadas, onde predominam estas últimas. Para a sua concepção, teve em atenção estudos similares desenvolvidos noutros contextos portugueses, nomeadamente os trabalhos sobre os profissionais de saúde do Alentejo, realizados por

Carlos da Silva e sua equipa da Universidade de Évora.

O quadro seguinte sintetiza os objectivos que se pretenderam alcançar com a construção das diversas questões que constituem o questionário.

Quadro 14- Desenho do Questionário

QUESTÕES	OBJECTIVOS
Q1, Q2 ,Q3, Q 4, Q5 ,Q6	Caracterização demográfica e do perfil profissional (idade, género, curso, vínculo à Função Pública, carga horária, local e áreas de trabalho).
Q8, Q9	Analisar a valoração que os actores fazem acerca da formação contínua e de que forma esta contribui para a sua preparação profissional.
Q10, Q16	Permitir a análise das necessidades que motivam os Técnicos de Radiologia para a frequência de acções formativas, bem como os constrangimentos associados à sua não-participação.
Q11, Q12, Q13	Analisar a participação dos actores em actividades de formação contínua, no último ano, identificando as modalidades e locais de formação.
Q14, Q15	Perceber qual a importância que os actores atribuem à formação contínua no âmbito do seu desenvolvimento pessoal e profissional.
Q17	Analisar as necessidades de formação apontadas, tendo em conta as expectativas e motivações dos Técnicos de Radiologia.
Q18, Q19, Q20	Identificar o tipo de temáticas, modalidades e características da formação desejada pelos actores.
Q21	Questão aberta que tem como finalidade permitir ao inquirido expor livremente as suas ideias.

Fonte: adaptado de Carlos da Silva et al (2000).

A estrutura de validação do instrumento de recolha de dados assentou na validação facial e de conteúdo, aferida com recurso a dois peritos nas áreas da sociologia das organizações e da sociologia da saúde da Universidade de Évora, no sentido de se aferir a coerência conceptual das questões colocadas e o alinhamento das mesmas. Porém, com o objectivo de se validar a coerência da formulação das questões e sua compreensão por parte dos inquiridos da RAA, procedeu-se a um pré-teste a um grupo de 10 TDT. A versão final do questionário teve em conta algumas das sugestões propostas pelos inquiridos, designadamente as que dizem respeito às razões de participação nas acções de formação.

Os dados recolhidos foram tratados através da aplicação informática do SPSS *for windows*, recorrendo a estatísticas descritivas e análises de relações entre variáveis,

tendo presente as respostas dadas pelos Técnicos de Radiologia, sem perder o horizonte da apresentação dos resultados globais de todos os profissionais das Tecnologias da Saúde da RAA.

4.4. Os Inquiridos

Os inquiridos correspondem ao conjunto dos Técnicos de Radiologia da RAA, no contexto das profissões das Tecnologias da Saúde. A inclusão dos restantes profissionais das Tecnologias da Saúde permite dispor de um mais completo capital de observação da realidade, procurando assim enriquecer a pesquisa realizada.

Assim sendo, foi realizado um levantamento do número total dos Técnicos de Radiologia e bem como dos restantes Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica na R.A.A., através de dados publicados no Plano Regional da Saúde, que posteriormente foram confirmados em cada instituição, por contacto telefónico nas respectivas Secções de Pessoal, após autorização do Director Regional dos Assuntos Sociais.

Como foi anteriormente referido nos capítulos precedentes a propósito da caracterização dos recursos humanos, o número total de TDT na RAA era, na data em que decorreu esta investigação, de 209, dos quais 46 eram Técnicos de Radiologia, constituindo o segundo maior grupo profissional da área das Tecnologias da Saúde (a seguir ao curso de Análises Clínicas com 56 Técnicos).

O número total de Técnicos de Radiologia da Região constituiu assim uma parte da população-alvo deste estudo (a totalidade dos TDT dos Açores). Ou seja, admitiu-se que não é possível analisar as necessidades de formação dos TR, sem ter em atenção o contexto sócio-organizacional e profissional global das Tecnologias da Saúde da Região.

Após a realização do levantamento do número de T.D.T. da Região, foram enviados pedidos de autorização aos Presidentes dos Conselhos de Administração das diversas instituições de saúde da R.A.A. a fim de ser aplicado o questionário a todos os profissionais dessas instituições.

Os questionários foram enviados por correio entre 1 e 5 de Maio de 2005, endereçados aos Coordenadores dos Serviços de Radiologia das diferentes instituições de saúde da R.A.A., a quem já fora pedido anteriormente, através de contacto

telefónico, para efectuar a distribuição dos questionários a todos os T.D.T. das diferentes áreas, da sua instituição. Junto seguiu uma carta com a explicação dos propósitos e âmbito da investigação, identificação e um envelope postal pré-pago para reenvio dos mesmos. Foi expressa que a confidencialidade dos dados seria assegurada, sendo os questionários codificados numericamente.

Assim, o estudo incidiu sobre toda a população dos TDT, tendo sido enviados 209 questionários para os 3 Hospitais e os 16 Centros de Saúde da R.A.A.. Destes, foram devolvidos preenchidos um total de 191 questionários, dos quais 6 foram anulados e 18 estavam em branco, o que perfaz 167 questionários totalmente preenchidos. A taxa de sucesso do retorno é de **79,9%**.

Quadro 15. - Balanço do Inquérito por questionário

QUESTIONÁRIOS	TOTAIS	%
Distribuídos	209	100%
Devolvidos	191	91,4%
Extraviados	18	8,6%
Anulados	24	11,5%
Validados	167	79,9%

Os questionários foram respondidos, na sua maioria (76,05%) por elementos do sexo feminino. Mais concretamente, na área da Radiologia 65,1% dos inquiridos pertenciam ao sexo feminino, sendo os restantes 34,9% do sexo masculino. Nas outras áreas de Diagnóstico e Terapêutica 79,8% dos TDT eram do sexo feminino, enquanto que 20,2% indivíduos eram do sexo masculino, tal como é demonstrado no **Quadro 16**.

Quadro 16. -Distribuição das frequências relativas ao sexo dos inquiridos

SEXO	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq.	%	Freq.	%
Masc	15	34,9	25	20,2
Fem.	28	65,1	99	79,8

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Dos indivíduos inquiridos, 25,7% pertenciam à profissão de Radiologia, seguindo-se os profissionais de Análises Clínicas (22,8%). A terceira profissão com maior expressão corresponde aos Fisioterapeutas (17,4%).

Quadro 17.- Distribuição das frequências relativas ao grupo profissional dos inquiridos

Profissão dos respondentes	Frequência	%
Análises Clínicas	38	22,8
Anatomia Patológica	3	1,8
Audiologia	4	2,4
Cardiopneumologia	19	11,4
Dietética	6	3,6
Farmácia	4	2,4
Fisioterapia	29	17,4
Ortótica	3	1,8
Radiologia	43	25,7
Saúde Ambiental	9	5,4
Outros	9	5,4
Total	167	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

A faixa etária dominante dos inquiridos variou entre os 35 e os 44 anos, quer na Radiologia quer nas outras áreas. Assim sendo, 32,6% dos TR inquiridos pertenciam a este grupo etário, assim como, 40,3% dos outros TDT.

A média de idades dos TR é de cerca de 38 anos, sendo um pouco mais baixa nos TDT (35 anos). Ao nível da idade mínima não se verificam grandes diferenças entre os TR e os restantes TDT, sendo esta de 23 anos para os primeiros e de 22 anos para os segundos. Já em relação à idade máxima observa-se uma maior diferença, sendo que a idade máxima verificada no grupo dos TR é de 64 anos, e relativamente mais baixa nos outros TDT (56 anos). Neste sentido, a amplitude das classes é maior na Radiologia.

Quadro 18.- Caracterização dos Inquiridos por Grupos Etários

Grp Etários	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
24 ou -	5	11,6	18	14,5
25 a 34	13	30,2	38	30,6
35 a 44	14	32,6	50	40,3
45 ou +	11	25,6	18	14,5
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quadro 19.- Estatísticas Descritivas da Idade dos Inquiridos

Grp Etários	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Estat.	Erros	Estat.	Erros
N.º casos	43		124	
Amplitude	41		34	
Mínimo	23		22	
Máximo	64		56	
Média	38,12	1,473	35,30	,804
Desvio Padrão	9,659		8,951	
Variância	93,296		80,113	
Assimetria	,233	,361	,159	,217
Curtose	-,107	,709	-1,070	,431

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Os resultados revelam que o nível de escolaridade dos inquiridos apresenta uma grande heterogeneidade, variando entre a Licenciatura, o Bacharelato e o 12º ano ou inferior. O Bacharelato é o nível de escolaridade mais representativo, quer na área da Radiologia, 67,4%, quer nas outras áreas de Diagnóstico e Terapêutica, 53,2%. Este facto deve-se à recente implementação das Licenciaturas na área das Tecnologias da Saúde. O nível menos representativo corresponde ao 12º ano ou inferior, sendo de 14% na área da Radiologia e 5,6% nas outras áreas.

Quadro 20.- Caracterização dos Inquiridos segundo Níveis de Escolaridade

Escolaridade	Téc Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
12º ano ou inferior	6	14,0	7	5,6
Bacharelato	29	67,4	66	53,2
Licenciatura	8	18,6	51	41,1
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Em relação ao vínculo laboral que os indivíduos têm com a instituição, verificou-se que quer os TR, quer os outros TDT pertencem maioritariamente aos quadros de administração pública, observando-se que nos TDT esse valor é de 84,7% e na Radiologia era de 97,7%, ou seja de todos os TR inquiridos (n=42), apenas um não pertencia ao quadro da administração Pública.

Quadro 21.- Vínculo ao quadro da administração pública (função pública) ?

Função Pública	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
Pertence	42	97,7	105	84,7
Não Pertence	1	2,3	19	15,3
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

A caracterização dos inquiridos relativamente à antiguidade na profissão revelou que os TDT exercem a sua profissão há relativamente pouco tempo, ou seja, 28,2% do conjunto apresenta um tempo de exercício inferior a 4 anos. Por outro lado, na área específica da Radiologia, a maioria dos indivíduos inquiridos (46,5%) apresentam uma antiguidade no serviço superior, num período compreendido entre os 20 e os 24 anos.

Observa-se também que a percentagem de indivíduos inquiridos com mais de 25 anos de “antiguidade na profissão” é muito baixa, sendo de 7% nos TR e 4% nos outros TDT.

Quadro 22.- Caracterização dos Inquiridos segundo a Antiguidade na Profissão

Ant. Prof.	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
4 ou - anos	8	18,6	35	28,2
5 a 9	6	14,0	18	14,5
10 a 14	5	11,6	20	16,1
15 a 19	1	2,3	16	12,9
20 a 24	20	46,5	28	22,6
25 ou +	3	7,0	5	4,0
Total 1	43	100,0	122	98,4
Não resp			2	1,6
Total			124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quadro 23.- Estatísticas Descritivas da Antiguidade na Profissão dos Inquiridos

Antg. Prof.	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Estat.	Erros	Estat.	Erros
N casos	43		122	
Amplitude	28		36	
Mínimo	1		1	
Máximo	29		36	
Média	14,35	1,271	12,01	,777
Desvio Padrão	8,338		8,578	
Variância	69,518		73,580	
Assimetria	-,266	,361	,459	,219
Curtose	-1,262	,709	-,436	,435

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Face a estes dados, calculou-se a média da “antiguidade na profissão”, sendo de 14 anos nos TR e de 12 anos nos TDT. Mais especificamente, pode-se constatar que o valor relativo ao menor tempo de exercício da profissão é de um ano, quer na Radiologia, quer nas outras áreas das Tecnologias da Saúde, enquanto que o máximo de anos de antiguidade na profissão é de 29 para a Radiologia e 36 para os outros TDT.

Quadro 24.- Número de horas de trabalho por semana

Horas Trabalho	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
35	37	86,0	121	97,6
42	6	14,0	2	1,6
45			1	,8
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Outro dos aspectos que se pretendeu caracterizar, relativamente ao perfil profissional da amostra foi a carga horária semanal. Como se pode verificar no **Quadro 24**, o número de horas de trabalho semanais obedece a três tipos de regimes: 35, 42 ou 45 horas, embora se tenha verificado que a grande maioria dos profissionais da Radiologia e dos outros TDT prestam 35 horas semanais de trabalho, com 86,0% e 97,6% respectivamente.

No que diz respeito às áreas de trabalho, a maioria dos inquiridos desempenha funções na área da execução técnica, nomeadamente 83,7% na Radiologia e 77,4% nas outras áreas de Diagnóstico e Terapêutica.

As áreas de coordenação e sub-coordenação apresentam percentagens inferiores a 13% em todos os TDT.

Quadro 25.- Caracterização dos Inquiridos segundo Áreas de trabalho

Áreas de Trabalho	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
Coordenação	4	9,3	16	12,9
Sub-coordenação	3	7,0	12	9,7
Execução técnica	36	83,7	96	77,4
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Caracterizando os inquiridos segundo o tipo de instituição de pertença, observa-se que a maioria dos inquiridos exerce funções em hospitais, existindo um total de 22 TR (num total de 43) e de 78 TDT (num total de 124) distribuídos pelos três Hospitais

da RAA. Verifica-se também que a instituição com maior número de profissionais, quer na área da Radiologia quer nas outras áreas de Diagnóstico e Terapêutica, situa-se em Ponta Delgada, correspondendo ao Hospital do Divino Espírito Santo, com 32,6% no que diz respeito aos TR e 29,8% no que diz respeito aos outros TDT. Por outro lado verifica-se que apenas 21 TR e 46 dos outros TDT (num total de 43 e 124 inquiridos respectivamente), se encontram distribuídos pelos 16 Centros de Saúde da RAA, observando-se ainda que cinco destas instituições apenas dispõem de um Técnico de Radiologia.

Quadro 26.- Caracterização dos Inquiridos segundo o tipo de instituição de pertença

Tipo de instituição	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
Hospital	22	51,2	78	62,9
Centro de Saúde	21	48,8	46	37,1
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quadro 27.- Caracterização dos Inquiridos segundo local instituição de pertença

Local da instituição	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
Angra do Heroísmo	6	14,0	32	25,8
Calheta S. Jorge	1	2,3	1	,8
Horta	4	9,3	16	12,9
Lajes do Pico	1	2,3	1	,8
Madalena do Pico	2	4,7	3	2,4
Nordeste	1	2,3	2	1,6
Ponta Delgada	14	32,6	37	29,8
Povoação	1	2,3	1	,8
Praia da Vitória	2	4,7	5	4,0
Ribeira Grande	2	4,7	8	6,5
St Cruz das Flores	1	2,3	3	2,4
Santa Cruz da Graciosa	2	4,7	4	3,2
S. Roque do Pico	1	2,3	5	4,0
Velas de S. Jorge	2	4,7	2	1,6
Vila Franca do Campo	1	2,3	2	1,6
Vila do Porto	2	4,7	2	1,6
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

5.- ORIENTAÇÕES FORMATIVAS DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA DOS AÇORES

5.1. Auto-percepção do (Des)Ajustamento das Competências Profissionais às Actividades

Da observação dos dados verifica-se que a maioria dos inquiridos foram da opinião de que não existe um desnivelamento entre as suas competências profissionais e as funções que exercem, ou seja, 62,8% dos TR e 75,0% dos TDT apresentam uma perspectiva que coaduna competência com as exigências do seu cargo.

Esta perspectiva, no que diz respeito aos TR, apresentou uma relação positiva moderada com as características sociográficas destes, nomeadamente com a escolaridade, a antiguidade na profissão e o grupo etário, sendo a mais evidente esta última ($V \text{ Cramer} = 0,389$), cujo valor residual foi de 3,1 para os inquiridos até 24 anos.

Quadro 28.- Opinião sobre se existe um desnivelamento entre as competências que detém e as exigências da função que desempenha ou do cargo que ocupa na sua organização

Desnivelamento	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
Sim	16	37,2	31	25,0
Não	27	62,8	93	75,0
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quanto à “escolaridade”, esta apresentou um valor residual de 3,0 para a licenciatura, enquanto que a “antiguidade na profissão” evidenciou-se com um valor residual de 3,4 para os inquiridos com 4 ou menos anos de exercício profissional.

Observa-se assim que os inquiridos que consideram existir um desnivelamento entre as competências que detém e as exigências da função que desempenha ou do cargo que ocupa na sua organização são essencialmente profissionais com licenciatura, com

idades até 24 anos e no início do exercício da sua actividade profissional (4 ou menos anos).

No que diz respeito aos outros TDT, verifiquei que existe relação positiva moderada apenas para com o grupo etário (V Cramer = 0,254), o qual apresentou um valor residual para os inquiridos com até aos 24 anos.

Quadro 29.- Relação entre as características sociográficas e profissionais dos Técnicos de Radiologia e o “desnívelamento das competências/funções (DC/F)”

	n	χ^2	Df	P	Teste de Fisher	Phi V Cramer	Conclusão
Técnicos de Radiologia							
Sexo * [DC/F]	43	2,563	1	0,109	0,185	----	Não há relação
Grupo etário * [DC/F]	43	6,515	3	0,049	---	0,389	Há relação
Escolaridade * [DC/F]	43	6,447	2	0,040	---	0,387	Há relação
Antig. Prof * [DC/F]	43	4,515	5	0,047	---	0,324	Há relação
Área de Trab * [DC/F]	43	0,318	2	0,853	---	---	Não há relação
Tipo de instituição * [DC/F]	43	0,014	1	0,907	1,000	---	Não há relação
Local da instit. * [DC/F]	43	16,046	15	0,379	---	---	Não há relação
Outros Técnicos							
Sexo * [DC/F]	124	3,758	1	0,053	0,070	---	Não há relação
Grupo etário * [DC/F]	124	7,976	3	0,047	---	0,254	Há relação
Escolaridade * [DC/F]	124	2,142	2	0,343	---	---	Não há relação
Antig. Prof * [DC/F]	124	8,069	5	0,152	---	---	Não há relação
Área de Trab * [DC/F]	124	2,000	2	0,368	---	---	Não há relação
Tipo de instituição * [DC/F]	124	1,152	1	0,283	0,292	---	Não há relação
Local da instit. * [DC/F]	124	19,336	15	0,199	---	---	Não há relação

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quadro 30.- Categorias sociográficas e profissionais dos Técnicos de Radiologia e as diferenças de “desnívelamento das competências/funções (DC/F)”

	Categoria	<i>residual</i>	<i>std residual</i>	<i>adjusted residual</i>
Técnicos de Radiologia				
Grupo etário	24 ou < anos	3,1	1,6	3,1
	25 a 34	1,2	0,5	0,8
	35 a 44	1,2	0,5	0,8
	45 ou + anos	2,1	1,0	1,5
Escolaridade	12º ano ou <	1,2	0,6	1,1
	Bacharelato	1,8	0,4	1,2
	Licenciatura	3,0	1,8	2,5
Antiguidade na Profissão	4 ou < anos	3,4	1,2	1,6
	5 a 9	0,8	0,5	0,7
	10 a 14	0,1	0,1	0,1
	15 a 19	0,4	0,5	0,8
	20 a 24	2,4	0,7	1,5
	25 ou + anos	0,1	0,1	0,1
Outros Técnicos				
Grupo etário	24 ou < anos	3,5	0,7	1,5
	25 a 34	5,5	1,8	2,5
	35 a 44	0,5	0,1	0,2
	45 ou + anos	2,5	0,7	1,5

As razões apontadas para o desnívelamento entre as competências e as funções que os TDT inquiridos, em geral e os TR em particular, podem agrupar-se essencialmente em dois grupos:

1- razões ligadas às **necessidades formativas**: ausência total de formação em determinadas áreas, formação insuficiente em algumas áreas, desactualização dos conhecimentos, não rotatividade pelas diversas áreas inerentes a cada meio complementar de diagnóstico e terapêutica, o que limita a aquisição de saberes.

2 - razões ligadas à **carência de recursos materiais e/ou humanos**: As carências de materiais e equipamentos impossibilitando a execução de técnicas específicas e o acompanhamento da evolução tecnológica por parte dos profissionais; por outro lado, a carência de recursos humanos origina uma sobrecarga de trabalho dos profissionais e/ou execução de tarefas relacionadas com trabalho administrativo.

Quadro 31.- Razões da existência de um desnivelamento entre as competências que detém e as exigências da função que desempenha ou do cargo que ocupa na sua organização

Técnicos de Radiologia	Outros Técnicos (TDT)
<p>A não rotatividade por valências no serviço de Imagiologia impede a prática de outras técnicas para as quais tenho competências</p> <p>Absoluta falta de formação contínua</p> <p>Carência de formação na área da patologia</p> <p>Carência de meios técnicos</p> <p>Competências mais elevadas do que o nível de exigências das funções que desempenho</p> <p>Desempenho limitado à Radiologia Convencional</p> <p>Equipamento obsoleto</p> <p>Escassez de recursos na área da saúde</p> <p>Falta de equipamento que permita executar outras funções</p> <p>Falta de formação em certas áreas específicas</p> <p>Não há rotação dos téc pelos diferentes serviços logo não podem efectuar todas técnicas</p> <p>Poucas valências no serviço e equipamento obsoleto</p> <p>Só existe equipamento na área da Radiologia Convencional</p>	<p>As competências que detenho são mais elevadas do que o nível que é exigido</p> <p>Carência de actividades profissionais</p> <p>Carência de formação</p> <p>Carência de meios materiais</p> <p>Carência de meios técnicos</p> <p>Carência de recursos humanos</p> <p>Competências mais elevadas do que o nível de exigências das funções que desempenho</p> <p>Desactualização legislativa</p> <p>Evolução rápida da tecnologia que torna a aprendizagem feita durante o curso desactualizada</p> <p>Falta de equipamentos</p> <p>Falta de formação nalgumas áreas e falta de controlo de qualidade</p> <p>Formação insuficiente na área de pacemaker</p> <p>Limitação de técnicas</p> <p>Não existência de um Técnico Superior no laboratório</p> <p>Por carência de recursos humanos</p> <p>desempenho funções para as quais não tenho competência</p> <p>Possui as competências e a autonomia necessárias</p> <p>Pouca autonomia</p> <p>Pouca autonomia (elevada dependência das autoridades sanitárias)</p> <p>Pouca autonomia face à categoria profissional</p> <p>Realização de excessivo trabalho administrativo</p> <p>Ter que efectuar trabalho administrativo que não é da minha competência</p>

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

5.2.- Necessidades e Motivações Específicas para a Formação Contínua

Os inquiridos da área da Radiologia consideram que a formação contínua (46,5%) e a experiência profissional (30,2%) são os factores que mais contribuem para a sua preparação profissional.

Os restantes TDT apontam os mesmos factores com uma percentagem muito similar (46% para a formação contínua e de 35,5% para experiência profissional).

A fim de se analisar o tipo de correlação existente entre a formação contínua e a preparação profissional, procedeu-se ao cálculo do V de Cramer, verificando-se uma relação positiva moderada entre estes dois itens, segundo as percepções de todos os TDT ($V \text{ Cramer} = 0,263$).

Quadro 32.- Factores que melhor contribuem para a preparação profissional dos TDT

Factores de melhoria	Técnicos Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
autodidactismo	---	---	4	3,2
experiência profissional	13	30,2	44	35,5
formação inicial	10	23,3	19	15,3
formação contínua	20	46,5	57	46,0
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quadro 33.- Relação entre os TDT (TR e outros) e a preparação profissional

	n	χ^2	Df	P	V Cramer	Conclusão
P8.-factores de melhoria da preparação profissional	167	2,804	3	0,423	---	Não há relação
P9.- Importância da Formação Contínua	167	11,574	3	0,009	0,263	Há relação

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

No que concerne ao grau de importância atribuído pelos inquiridos à formação contínua, a maioria dos TR atribui muita importância (58,1%), enquanto que para a maioria dos outros TDT esta é perspectivada como imprescindível (54,8%), sendo que para os primeiros o valor residual foi de 6,2 e para os segundos foi de 8,6.

Quadro 34.- Grau de importância da Formação Contínua

Factores de melhoria	Téc. Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
nenhuma	1	2,3		
alguma	5	11,6	8	6,5
muita	25	58,1	48	38,7
imprescindível	12	27,9	68	54,8
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quadro 35.- Percepção das diferenças ao nível da “importância da Formação Contínua”

P9.- Importância da Formação Contínua	Categoria	<i>residual</i>	<i>std residual</i>	<i>adjusted residual</i>
<i>Técnicos de Radiologia</i>	Nenhuma	0,7	1,5	1,7
	Pouca	---	---	---
	moderada	1,7	0,9	1,1
	Muita	6,2	1,4	2,2
	Imprescindível	-8,6	-1,9	-3,0
<i>Outros Técnicos D.T.</i>	Nenhuma	-0,7	-,09	-1,7
	Pouca			
	moderada	-1,7	-0,5	-1,1
	Muita	-6,2	-0,8	-2,2
	Imprescindível	8,6	1,1	3,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

De acordo com a análise de dados, verifica-se que as principais necessidades apontadas pelos TR que motivam a sua frequência acções de Formação Contínua são: aprofundar conhecimentos e competências (40 respostas) e a actualização profissional (39 respostas).

Em relação aos TDT as situações que mais mobilizadoras na procura de formação contínua são a aprendizagem de novos conhecimentos e (111 respostas) e aprofundar conhecimentos e competências (112 respostas).

A melhoria do desempenho profissional foi igualmente apontada pelos inquiridos, bem como a melhoria dos cuidados prestados. Os TR apresentaram 31 respostas para a primeira situação e 28 para a segunda num total de 272, enquanto que os outros TDT deram 103 e 108 respostas respectivamente para a primeira e para a segunda situação, num total de 851 respostas.

Neste sentido, a melhoria dos cuidados prestados ao utente e a aprendizagem de coisas novas apresentaram uma relação positiva moderada com os TDT, incluindo os TR, com um V de Cramer de 0,226 e 0,255 respectivamente.

Quadro 36.- Necessidades que motivam a frequência de acções de Formação Contínua

Necessidades motivam a frequência de acções de Formação Contínua	Técnicos Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Necessidades profissionais						
Aprender coisas novas	30	11,0	71,4	111	13,0	90,2
Melhorar o desempenho profissional	31	11,4	73,8	103	12,1	83,7
Aprofundar conhecimentos e competências	40	14,7	95,2	112	13,2	91,1
Superar as dificuldades profissionais	10	3,7	23,8	48	5,6	39,0
Manter-se actualizado profissionalmente	39	14,3	92,9	108	12,7	87,8
Assegurar a progressão na carreira	7	2,6	16,7	29	3,4	23,6
Fazer face à competição profissional	10	3,7	23,8	19	2,3	15,4
Aumentar o prestígio no local de trabalho	10	3,7	23,8	21	2,5	17,1
Melhorar os cuidados prestados	28	10,3	66,7	104	12,2	84,6
Necessidades económicas						
Melhorar o salário	2	0,7	4,8	13	1,5	10,6
Necessidades Psicossociológicas						
Combater a monotonia	13	4,8	31,0	36	4,2	29,3
Construir novas amizades	11	4,0	26,2	20	2,4	16,3
Melhorar as relações sociais	11	4,0	26,2	26	3,1	21,1
Participar numa actividade de grupo	12	4,4	28,6	35	4,1	28,5
Necessidades político-organizacionais						
Aperfeiçoar a capacidade de participação	10	3,7	23,8	45	5,3	36,6
Cumprir com as orientações/sugestões	8	2,9	19,0	21	2,5	17,1
Respostas múltiplas	272	100,0	647,6	851	100,0	691,9

Nota: [TR : 1 casos omissos; 42 casos válidos] [Outros TDT: 1 casos omissos; 123 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Tendo em conta os agrupamentos de necessidades ao nível profissional, económico, psicossocial e político-organizacional, parece ser de relevar que as principais necessidades referidas se situam no plano profissional. Manter-se actualizado, aprofundar conhecimentos e competências são as situações que mais mobilizam os Técnicos de Radiologia na procura de formação. Por outras palavras, as necessidades de

ordem profissional apresentam-se como prioridades bem expressas, que em última instância, traduzem-se num quadro de procura que pode ser interpretado como lacunas que os TR entendem que devem suprir, face ao insuficiente domínio dos conhecimentos adquiridos na formação inicial e às dificuldades encontradas no quotidiano do trabalho.

É de ressaltar que as motivações e os desejos de formação expressas pelos TR, embora se aproximem dos expressos pelos outros TDT, apresentam certamente diferenças de conteúdo, já que cada profissão possui as suas características de profissionalidade, de mudança ou de inovação nas organizações dos serviços de saúde.

Quadro 37.- Relação entre os TDT (TR e outros) e as Necessidades que Motivam a Frequência das Acções de Formação

TR e outros	n	χ^2	Df	P	Teste de Fisher	V Cramer	Conclusão
Aprender coisas novas	167	10,833	2	0,004	---	0,255	Há relação
Melhorar o desempenho profissional	167	2,631	2	0,268	---	---	Não há relação
Aprofundar os conhecimentos/competências profissionais	167	3,871	2	0,144	---	---	Não há relação
Superar as dificuldades profissionais do dia a dia	167	3,541	2	0,173	---	---	Não há relação
Manter-se actualizado profissionalmente	166	0,263	1	0,608	0,783	---	Não há relação
Assegurar a promoção profissional	164	0,921	2	0,631	---	---	Não há relação
Fazer face à competição profissional	166	1,988	2	0,370	---	---	Não há relação
Aumentar o prestígio no local de trabalho	167	2,200	2	0,333	---	---	Não há relação
Melhorar o salário	166	3,161	2	0,206	---	---	Não há relação
Melhorar os cuidados prestados ao utente	165	8,399	2	0,015	---	0,226	Há relação
Combater a monotonia	164	0,203	2	0,904	---	---	Não há relação
Construir novas amizades	167	2,122	2	0,346	---	---	Não há relação
Melhorar as relações sociais	167	0,555	2	0,758	---	---	Não há relação
Participar numa actividade de grupo	163	1,321	2	0,517	---	---	Não há relação
Aperfeiçoar a capacidade de participação em trabalho comunitário	166	2,352	2	0,308	---	---	Não há relação
Cumprir com as orientações e/ou sugestões de outros	166	0,483	2	0,785	---	---	Não há relação

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quanto à participação em actividades de formação contínua no ano anterior à distribuição do questionário, verifica-se que 24 TR participaram o que corresponde a

55,8% do conjunto total destes profissionais, bem como 87 TDT das restantes áreas o que corresponde a 70,2% do conjunto de TDT analisados.

Quadro 38.- No decorrer do último ano participou em actividades de formação contínua?

Participação	Técnicos Radiologia		Outros TDT	
	Freq	%	Freq	%
sim	24	55,8	87	70,2
não	19	44,2	37	29,8
Total	43	100,0	124	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

As actividades formativas que registaram maior participação pelos inquiridos foram as jornadas, encontros, simpósios e congressos.

Os TDT referiram também 58 respostas para as acções e programas de formação e 20 respostas para as reuniões de serviço, num total de 159 respostas.

Os TR referiram 10 respostas para as reuniões de serviço e 7 para as acções e programas de formação, num total de 43 respostas.

A apresentação e discussão de estudos de caso foram as actividades cujas participações foram mais reduzidas para ambos os profissionais. Neste sentido, os TR deram 2 respostas e os TDT 4 respostas.

Quadro 39.- Quais as actividades em que participou, organizadas por outros, nos últimos 12 meses?

	Técnicos Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Jornadas, encontros, simposiuns, congressos	20	46,5	90,9	63	39,6	73,3
Acções/programas de formação	7	16,3	31,8	58	36,5	67,4
Reuniões de serviços	10	23,3	45,5	20	12,6	23,3
Apresentação e discussão de estudos de casos	2	4,7	9,1	4	2,5	4,7
estágios profissionais	3	7,0	13,6	6	3,8	7,0
Outras	1	2,3	4,5	8	5,0	9,3
Respostas múltiplas	43	100,0	195,5	159	100,0	184,9

Nota: [TR : 2 casos omissos; 22 casos válidos] [Outros TDT: 1 caso omissos; 86 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Relativamente às actividades organizadas pelos profissionais inquiridos, quer os TR, quer os outros TDT, afirmaram ter lido livros técnicos ou científicos da área da saúde, com 20 respostas para os TR e 52 para os outros TDT, num total de 40 e 130 respostas respectivamente.

A leitura de revistas científicas na área da saúde também foi evidenciada por 12 respostas da parte dos TR e 34 respostas dos outros TDT.

A publicação de artigos científicos foi a actividade menos desenvolvida pelos profissionais inquiridos, havendo apenas 2 respostas por parte dos outros TDT e nenhuma por parte dos TR.

Quadro 40.- Actividades organizadas por si

	Técni Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Leitura de livros técnicos ou científico em saúde	20	50,0	100,0	52	40,0	75,4
Leitura de revistas científicas na área da saúde	12	30,0	60,0	34	26,2	49,3
Elaboração de trab. investigação em Tecn saúde	3	7,5	15,0	16	12,3	23,2
Apresentação de trabalhos de investigação	2	5,0	10,0	9	6,9	13,0
Publicação de artigos científicos	---	---	---	2	1,5	2,9
Pedido de realização de estágios	2	5,0	10,0	9	6,9	13,0
outras	1	2,5	5,0	8	6,2	11,6
Respostas múltiplas	40	100,0	200,0	130	100,0	188,4

Nota: [TR : 4 casos omissos; 20 casos válidos] [Outros TDT: 18 casos omissos; 69 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Os locais onde se desenvolveram as actividades de formação que os profissionais inquiridos participaram foram maioritariamente no território continental, existindo 16 respostas no conjunto dos TR e 63 respostas por parte dos outros TDT.

As instituições onde estes profissionais trabalhavam também ofereceram esta possibilidade, uma vez que existiram 11 respostas no seio dos TR e 43 respostas no conjunto dos outros TDT.

A formação no estrangeiro foi a que registou menor ocorrência, uma vez que apenas foram mencionadas uma resposta por parte dos TR e 2 respostas por parte dos outros TDT, num total de 39 e 162 respostas respectivamente.

Quadro 41.- Local ou locais das actividades de formação em que participou

	Técni Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Na instituição onde trabalha	11	28,2	47,8	43	26,5	49,4
Na ilha onde trabalha	8	20,5	34,8	34	21,0	39,1
No arquipélago	3	7,7	13,0	20	12,3	23,0
No território continental	16	41,0	69,6	63	38,9	72,4
No estrangeiro	1	2,6	4,3	2	1,2	2,3
Respostas múltiplas	39	100,0	169,6	162	100,0	186,2

Nota: [TR : 1 casos omissos; 23 casos válidos] [Outros TDT: 0 casos omissos; 87 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

5.3. Participação e Efeitos da Formação Contínua

Em relação ao *impacto da formação contínua na vida pessoal*, os inquiridos referem que a formação contínua contribuiu essencialmente para dois factores: construção de novas amizades e para o aumento de confiança nas suas capacidades. O grupo dos TR deu 7 respostas para a primeira situação e 4 para a segunda (num total de 25 respostas), enquanto que os TDT deram 38 respostas para a primeira e 34 para a segunda (num total de 152 respostas).

Quadro 42.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Pessoal [SIM]

SIM [concordância total]	Técni Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Não trouxe mudanças para a minha vida pessoal	5	20,0	33,3	18	11,8	26,5
Ocupei melhor os tempos livres	4	16,0	26,7	10	6,6	14,7
Construí novas amizades	7	28,0	46,7	38	25,0	55,9
Melhorei o meu rendimento mensal e familiar	---	---	---	1	0,7	1,5
Melhorei as minhas relações interpessoais	1	4,0	6,7	23	15,1	33,8
Passei a ter mais confiança nas minhas capacidades	4	16,0	26,7	34	22,4	50,0
Tornei-me mais empreendedor	3	12,0	20,7	20	13,2	29,4
Passei a ser mais reconhecido pelos outros	1	4,0	6,7	8	5,3	11,8
Respostas múltiplas	25	100,0	166,7	152	100,0	223,5

Nota: [TR : 9 casos omissos; 15 casos válidos] [Outros TDT: 19 casos omissos; 68 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Por outro lado, grande maioria dos TR e também dos TDT respondeu que a formação contínua não teve nenhum impacto ao nível da melhoria do rendimento pessoal e familiar.

Verificou-se também que formação teve um efeito parcial na melhoria nas relações interpessoais, comprovado pelas 24 respostas dadas pelos TR e 34 respostas dadas pelos TDT, num total de 53 e 205 respostas, respectivamente.

Quadro 43.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Pessoal [Não]

Não [discordância total]	Técni Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Não trouxe mudanças para a minha vida pessoa	12	5,6	52,2	45	6,4	51,7
Ocupei melhor os tempos livres	14	6,5	60,9	62	8,8	71,3
Construí novas amizades	8	3,7	34,8	20	2,8	23,0
Melhorei o meu rendimento mensal e familiar	23	10,7	100	81	11,5	93,1
Melhorei as minhas relações interpessoais	8	3,7	34,8	30	4,3	34,5
Passei a ter mais confiança nas minhas capacidades	12	5,6	52,2	19	2,7	28,8
Tornei-me mais empreendedor	11	5,1	47,8	32	4,5	36,8
Passei a ser mais reconhecido pelos outros	18	8,4	78,3	49	7,0	56,3

Nota: [TR : 1 casos omissos; 23 casos válidos] [Outros TDT: 0 casos omissos; 87 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quadro 44.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Pessoal [Em parte]

Em parte [concordância parcial]	Técni Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Não trouxe mudanças para a minha vida pessoa	6	11,3	30,0	24	11,7	31,2
Ocupei melhor os tempos livres	5	9,4	25,0	15	7,3	19,5
Construí novas amizades	8	15,1	40,0	29	14,1	37,7
Melhorei o meu rendimento mensal e familiar	---	---	---	5	2,4	6,5
Melhorei as minhas relações interpessoais	14	26,4	70,0	34	16,6	44,2
Passei a ter mais confiança nas minhas capacidades	7	13,2	35,0	34	16,6	44,2
Tornei-me mais empreendedor	9	17,0	45,0	34	1,6	44,2
Passei a ser mais reconhecido pelos outros	4	7,5	20,0	30	14,6	39
Respostas múltiplas	53	100	265,0	205	100	266,2

Nota: [TR : 4 casos omissos; 20 casos válidos] [Outros TDT: 10 casos omissos; 77 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Neste sentido, verifica-se que os efeitos da formação contínua na vida profissional apresentam uma relação positiva moderada com todos os TDT inquiridos, no que diz respeito à melhoria das relações interpessoais e ao ganho de auto-confiança nas capacidades individuais, a confirmar pelo V de Cramer de 0,234 e 0,283, respectivamente.

Quadro 45.- Relação entre os TDT (TR e outros) e os efeitos da Formação Contínua na Vida Pessoal

TR e outros	N	χ^2	Df	P	V Cramer	Conclusão
Não trouxe mudanças para a minha vida pessoal	110	0,025	2	0,987	---	Não há relação
Ocupei melhor os tempos livres	110	0,984	2	0,611	---	Não há relação
Construí novas amizades	110	1,785	2	0,410	---	Não há relação
Melhorei o meu rendimento mensal e familiar	110	1,678	2	0,432	---	Não há relação
Melhorei as minhas relações interpessoais	110	6,048	2	0,049	0,234	Há relação
Passei a ter mais confiança nas minhas capacidades	110	8,782	2	0,012	0,283	Há relação
Tornei-me mais empreendedor	109	1,416	2	0,493	---	Não há relação
Passei a ser mais reconhecido pelos outros	110	3,679	2	0,159	---	Não há relação

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

No que diz respeito aos efeitos da formação contínua na vida profissional, verificou-se que os TR atribuíram 17 respostas positivas à situação relativa à aprendizagem de novos conhecimentos, facto também evidenciado pelos outros TDT, uma vez que apresentaram 72 respostas positivas, tornando-a a mais referida.

Quadro 46.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Profissional [Sim]

SIM [concordância total]	Téc. Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Não trouxe mudanças para a minha vida profissional	5	8,9	23,8	22	7,4	28,2
Aprendi coisas importantes	17	30,4	81,0	72	24,1	92,3
Melhorei as minhas competências profissionais	11	19,6	52,4	58	19,4	74,4
Melhorei o meu desempenho no trabalho	7	12,5	33,3	46	15,4	59,0
Superei algumas das dificuldades profissionais	6	10,7	28,6	37	12,4	47,4
Melhorei o meu salário	---	---	---	---	---	---
Assegurei a promoção na carreira	---	---	---	5	1,7	6,4
Passei a ter um duplo emprego	1	1,8	4,8	3	1,0	3,8
Passei a ser mais reconhecido pelos colegas de trabalho	1	1,8	4,8	8	2,7	10,3
Sinto-me mais preparado para responder a novos desafios	8	14,3	38,1	47	15,7	60,3
Outras	---	---	---	1	0,3	1,3
Respostas múltiplas	56	100,0	266,7	299	100,0	383,3

Nota: [TR : 3 casos omissos; 21 casos válidos] [Outros TDT: 9 casos omissos; 78 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

De notar que a participação dos inquiridos em acções de formação contínua não provocou impactos quer ao nível da aquisição de um duplo emprego quer no reconhecimento por parte dos colegas de trabalho, com 3 respostas para os TDT, e 1 para os TR, num total de 299 respostas para os primeiros e de 56 para os segundos.

Continuando a análise dos efeitos da formação contínua na vida profissional, pude constatar que os inquiridos não concordam que esta tenha impactos ao nível da promoção na carreira, do salário e da possibilidade de adquirir um duplo emprego. Assim sendo, as respostas dos TR são 27, na primeira situação, 23 na segunda e 22 na terceira no total de 109 respostas e as dos outros TDT são 87, 83 e 80 respectivamente, no total de 366 respostas.

Quadro 47.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Profissional [Não]

Não [discordância total]	Téc. Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Não trouxe mudanças para a minha vida profissional	9	8,3	39,1	45	12,3	52,3
Apreendi coisas importantes	---	---	---	1	0,3	1,2
Melhorei as minhas competências profissionais	5	4,6	21,7	7	1,9	8,1
Melhorei o meu desempenho no trabalho	6	5,5	2,1	11	3,0	12,8
Superei algumas das dificuldades profissionais	5	4,6	21,7	14	3,8	16,3
Melhorei o meu salário	23	21,1	100	83	22,7	96,5
Assegurei a promoção na carreira	17	15,6	73,9	67	18,3	77,9
Passei a ter um duplo emprego	22	20,2	95,7	80	21,9	93,0
Passei a ser mais reconhecido pelos colegas de trabalho	18	16,5	78,3	56	15,9	65,1
Sinto-me mais preparado para responder a novos desafios	4	3,7	17,4	2	0,5	2,3
Outras	---	---	---	---	---	---
Respostas múltiplas	109	100	473,9	366	100	425,6

Nota: [TR : 1 caso omissio; 23 casos válidos] [Outros TDT: 1 caso omissio; 86 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

De relevar que os efeitos da formação contínua na vida profissional foram parciais, no que diz respeito à superação de algumas dificuldades profissionais, à preparação necessária para responder a novos desafios e ao desempenho pessoal para os TR inquiridos com 12, 11 e 10 respostas respectivamente para cada situação, num total de 62 respostas. Os TDT não diferem muito, porém estes sentiram que os efeitos da formação contínua foram mais evidentes no desenvolvimento das capacidades para

darem resposta a novos desafios, com 37 respostas num total de 187. Neste sentido, de acordo com a análise, constatei uma relação positiva moderada entre a situação relativa à preparação para resposta a novos desafios com os efeitos parciais da formação contínua na vida profissional.

Quadro 48.- Efeitos da Formação Contínua na Vida Profissional [Em parte]

Em parte [Concordância parcial]	Téc. Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Não trouxe mudanças para a minha vida profissional	9	14,5	47,4	19	10,2	22,9
Aprendi coisas importantes	6	9,7	31,6	13	7,0	19,1
Melhorei as minhas competências profissionais	7	11,3	36,8	21	11,2	30,9
Melhorei o meu desempenho no trabalho	10	16,1	52,6	28	18,0	41,2
Superei algumas das dificuldades profissionais	12	19,4	63,2	34	18,2	50,0
Melhorei o meu salário	---	---	---	34	1,5	4,4
Assegurei a promoção na carreira	5	8,1	26,3	34	7,5	20,6
Passei a ter um duplo emprego	---	---	---	34	0,5	1,5
Passei a ser mais reconhecido pelos colegas de trabalho	2	3,2	10,5	17	9,1	25,0
Sinto-me mais preparado para responder a novos desafios	11	17,7	57,9	37	19,8	54,4
Outras	---	---	---	---	---	---
Respostas múltiplas	62	100	326,3	187	100	275

Nota: [TR : 5 casos omissos; 19 casos válidos] [Outros TDT: 19 casos omissos; 68 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quadro 49.- Relação entre os TDT (TR e outros) e os efeitos da Formação Contínua na Vida Profissional

TR e outros	n	χ^2	Df	P	Teste de Fisher	V Cramer	Conclusão
Não trouxe mudanças para a minha vida profissional	109	2,796	2	0,247	---	---	Não há relação
Aprendi coisas importantes	109	1,734	2	0,420	---	---	Não há relação
Melhorei as minhas competências profissionais	109	4,407	2	0,110	---	---	Não há relação
Melhorei o meu desempenho no trabalho	108	4,627	2	0,099	---	---	Não há relação
Superei algumas das dificuldades profissionais	108	2,299	2	0,317	---	---	Não há relação
Melhorei o meu salário	109	0,825	1	0,364	1,00	---	Não há relação
Assegurei a promoção na carreira	108	1,694	2	0,429	---	---	Não há relação
Passei a ter um duplo emprego	107	0,303	2	0,859	---	---	Não há relação
Passei a ser mais reconhecido pelos colegas de trabalho	102	2,303	2	0,316	---	---	Não há relação
Sinto-me mais preparado para responder a novos desafios	109	8,997	2	0,011	---	0,287	Há relação

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

5.4. Razões de Não Participação nas Acções de Formação Contínua

As razões apontadas pelos inquiridos para não participação nas acções de formação contínua foram de ordem diversa, destacando-se, quer nos TR, quer nos TDT, as razões de ordem familiar e a inadequação das temáticas com as necessidades sentidas. Tendo em conta este facto, as respostas dadas pelos TR foram em número de 15 para a primeira situação e de 8 para a segunda situação, num total de 51 respostas, enquanto que no caso dos outros TDT, as respostas foram de 21 e 16 respectivamente, num total de 84 respostas.

Outro motivo referido pelos TDT da sua não é o facto de as instituições a que pertencem não terem promovido acções de formação contínua (5 respostas para os TR e 9 para os outros TDT). A razão menos apontada pelos profissionais foi a ausência de interesse, tendo-se obtido 1 resposta neste âmbito pela parte dos TR e 4 pela parte dos outros TDT.

Quadro 50.- Razões de não participação

Categorias de Não participação	Téc. Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Sobrecarga de trabalho na instituição onde trabalha	6	11,8	31,6	4	4,8	11,1
A instituição onde trabalha não promoveu acções de formação	5	9,8	26,3	9	10,7	25,0
Não estar interessado	1	2,0	5,3	4	4,8	11,1
Não obteve dispensa de serviço	1	2,0	5,3	---	---	---
Razões de ordem económica	4	7,8	21,1	5	6,0	13,9
Razões de ordem geográfica (distância)	2	3,9	10,5	8	9,5	22,2
Razões de ordem familiar	15	29,4	78,9	21	25,0	58,3
Os temas das acções de formação não iam de encontro às suas necessidades	8	15,7	42,1	16	19,0	44,4
Razões de ordem profissional	5	9,8	26,3	10	11,9	27,8
Outras	4	7,8	21,1	7	8,3	19,4
Respostas múltiplas	51	100,0	268,4	84	100,0	233,3

Nota: [TR : 0 casos omissos; 19 casos válidos] [Outros TDT: 1 casos omissos; 36 casos válidos]

Fonte: Inq. NTFDTAz 2005

5.5. Prioridades Formativas

Relativamente às prioridades sentidas pelos inquiridos, no que concerne à formação a implementar destacaram-se algumas de carácter mais generalista e outras de carácter mais direccionado a cada área técnica.

Assim sendo, na área específica da Radiologia as temáticas prioritárias generalistas apontadas pelos inquiridos foram as relacionadas com sistemas de informação, suporte básico de vida e gestão hospitalar, enquanto que as mais específicas estavam ligadas às valências inerentes a estas áreas, sendo de destacar a necessidade de investir na Radiologia Convencional, Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética e Angiografia.

Os outros TDT apontaram como temas prioritários de formação geral: actuação em condições de catástrofe, comunicação em saúde, futuro das carreiras de TDT, metodologias de investigação, métodos de avaliação e tecnologias de informação. Quanto às temáticas específicas mais apontadas, essas foram de natureza diversa, o que se justifica pelo facto de serem agrupadas todas as respostas dos profissionais inquiridos das outras áreas de diagnóstico e terapêutica.

Quadro 51.- Principais Prioridades nas acções de formação a implementar

Técnicos de Radiologia	Outros Técnicos
Angiografia/Angioplastia	Águas de consumo humano
Ética profissional	Ambulatório - Farmácia Hospitalar
Evolução das técnicas radiológicas	Aparelho músculo-esquelético
Gestão dos serviços de saúde	Audiologia infantil
Gestão hospitalar	Bobath
Informática	Citometria de fluxo
Mamografia	Como actuar em situação de catástrofe
Novas tecnologias	Como actuar em situações de catástrofe
Novas tecnologias em imagiologia	Como actuar numa situação de catástrofe
Protecção radiológica	Comunicação em saúde
Radiologia convencional e sua importância no diagnóstico	Cursos de terapias complementares
Radiologia Convencional	Elaboração de monografia
Radiologia Convencional em urgência	Estágio em neuropediatria
Radiologia digital	Estágio intervenção em indivíduos com implantes cocleares
Radiologia em urgência	Fisioterapia em neurodesenvolvimento
RM	Fisioterapia respiratória pediátrica
Sistemas de informação	Formação e debates - Ambiente e saúde pública
Suporte básico de vida	Formação em ergonomia
TAC	Formação contínua em optometria
TC	Futuro das carreiras de TDT
Telemedicina	Gestão de serviços
	Gestão na saúde
	Higiene alimentar
	Higiene e segurança alimentar
	Informática (estatística)
	Introdução de novas técnicas
	Manipulação em fisioterapia
	Metodologia de investigação
	Métodos de avaliação
	multidisciplinaridade dos serviços de saúde
	Músculo-esquelético
	Neurodesenvolvimento
	Novas técnicas em laboratório
	Novas técnicas em serologia
	novas tecnologias de informação
	O fisioterapeuta e a comunidade
	obesidade infantil
	Organização de concursos para subida de carreira
	Ortopedia
	Pacemakers
	Patologia do sono
	Potenciais evocados auditivos
	Preparação para o parto
	Qualidade em saúde
	Reeducação postural global
	Reestruturação de carreiras
	Responsabilidade jurídica
	Sistemas alternativos de comunicação
	Técnicas de relaxamento
	Tecnologias de apoio
	Tecnologias de informação
	Temas pediátricos
	Trabalho em equipa

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

5.6. Sugestões para o Desenvolvimento da Formação Contínua

Na opinião dos inquiridos as situações que melhor contribuem para reforçar as suas qualificações e competências são: a actualização e renovação de conhecimentos, a aquisição de conhecimentos relativos às tecnologias de informação e comunicação (TCI) e os estágios. Para cada situação respectivamente, obtiveram-se por parte dos TR 38, 29 e 33 respostas respectivamente, num total de 121 respostas. Este facto vai de encontro às perspectivas de desenvolvimento formativo dos restantes TDT, sendo de destacar 80, 38 e 60 respostas num total de 239.

Quadro 52.- Situações que melhor contribuem para reforçar as qualificações e as competências

Situações	Téc. Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Actualização e renovação do conhecimentos	38	31,4	88,4	80	33,5	92,0
Conhecimentos ao nível das TIC	29	24,0	67,4	38	15,9	43,7
Conhecimentos de gestão	11	9,1	25,6	28	11,7	32,2
Estágios	33	27,3	26,7	60	25,1	69,0
Curso de mestrado	6	5,0	14,0	21	8,8	24,1
Grau de doutoramento	4	3,3	9,3	6	2,5	6,9
Outro	---	---	---	6	2,5	6,9
Respostas múltiplas	121	100,0	281,4	239	100,0	274,7

Nota: [TR : 0 casos omissos; 43 casos válidos] [Outros TDT: 0 casos omissos; 87 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

A análise dos dados também permitiu perceber quais as modalidades de formação contínua e respectivos horários preferidos pelos inquiridos. Assim, quer os TR quer os outros TDT sugeriram o horário laboral das 9h às 17h30, seguido do pós-laboral a partir das 18h30 com 26 e 7 respostas para os TR respectivamente e de 57 e 14 respostas para os outros TDT.

Quadro 53.- Proposta de horário de formação

Horário	Téc Radiologia		Outros TDT	
	Freq.	%	Freq.	%
Horário pré-laboral (8h-10h)	4	9,3	4	4,6
Horário laboral (9h-17h30)	26	60,5	57	65,5
Horário pós-laboral (a partir das 18h30)	7	16,3	14	16,1
Sábado: de manhã	---	---	3	3,4
Sábado: todo o dia	4	9,3	6	6,9
Outro	2	4,7	3	3,4
Total	43	100,0	87	100,0

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Quadro 54.- Modalidades de formação contínua

Situações	Téc Radiologia			Outros TDT		
	Casos	% resp múltipla	% casos	Casos	% resp múltipla	% casos
Cursos até uma semana	32	40,0	74,4	71	40,3	82,6
Acções distribuídas no tempo (dias não consec)	3	3,8	7,0	14	8,0	16,3
Cursos de longa duração (mais de um mês)	5	6,3	11,6	12	6,8	14,0
Sessões temáticas de debate (2 horas)	4	5,0	9,3	10	5,7	11,6
Workshop (meio-dia)	14	17,5	32,6	28	15,9	32,6
Formação em contexto de trabalho	14	17,5	32,6	30	17,0	34,9
Ensino à distância	8	10,0	18,6	10	5,7	11,6
Outras	---	---	---	1	0,6	1,2
Respostas múltiplas	80	100,0	186,0	176	100,0	204,7

Nota: [TR : 0 casos omissos; 43 casos válidos] [Outros TDT: 1 casos omissos; 86 casos válidos]

Fonte: Inq. NFTDTAz 2005

Em relação às modalidades de formação contínua, os TR demonstraram preferência por cursos com duração até uma semana (32 respostas), seguindo-se os *Workshops* (14 respostas) e a formação em contextos de trabalho (14 respostas), num total de 80 respostas.

Estas modalidades coincidem com as sugeridas pelos restantes TDT, porém o número de respostas obtido foi de 71, 28 e 30 respectivamente, num total de 176 respostas.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1. Conclusões

As recentes evoluções societais ao nível dos conhecimentos e da formação também tiveram impactos no âmbito da saúde, exigindo aos profissionais uma abordagem multidisciplinar nos contextos de trabalho e na formação profissional e pessoal, contribuindo para a constituição de uma “competência colectiva” que dê resposta a questões éticas e morais, bem como à credibilidade e dignidade profissional. Tratam-se de situações geradoras de novas dinâmicas que implicam grandes desafios não só à sociedade, em geral, mas também dos próprios profissionais de saúde.

A noção de trabalho na saúde e de organização do trabalho nos serviços de saúde tem vindo a sofrer alterações, fruto das novas conjunturas não só tecnológicas, mas também das políticas económicas e sociais que modelam o sector. Os recursos humanos da saúde assumem cada vez mais um maior protagonismo, tendo em vista a melhoria das práticas na prestação de cuidados de saúde.

Pretende-se que as organizações de saúde, hospitais e ou centros de saúde, seja cada vez mais constituída por profissionais competentes capazes de responder com eficácia aos novos desafios que emergem diariamente. O Técnico de Radiologia, enquanto elemento da grande família dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, é constantemente “posto à prova” face às constantes evoluções das tecnologias médicas, sendo-lhe exigido que o seu desempenho lhe seja directamente proporcional e que as suas competências se ajustam às exigências da mudança.

É pelas razões expostas que o trabalho dos TR passa a ter cada vez mais uma dimensão reflexiva do próprio profissional, entendendo ainda este profissional como um ser que tem de possuir adequadas capacidades cognitivas e competências de saber-estar, saber-fazer e saber-ser na prestação de cuidados em tecnologias da saúde. Assim sendo, longe da era das práticas tayloristas, na actualidade o TR não é um mero recurso no contexto dos meios de diagnóstico, sendo cada vez mais entendido como um recurso humano da saúde, com toda a complexidade que isso comporta nas organizações de serviços de saúde.

Neste contexto de mudança de paradigma profissional na saúde que vem marcar uma nova lógica relativamente ao paradigma das qualificações dos TR, a competência destes profissionais não se desenvolve apenas a partir da sua qualificação, confirmada pelos seus diplomas na formação inicial, mas também pelos seus saberes-fazer operacionais, adquiridos ao longo da sua vida profissional, razão pela qual se justifica a necessidade dos TR de procurarem pelos diferentes meios, o reforço dos seus pilares do conhecimento.

É pelas razões expostas que se justificou o estudo efectuado sobre a dinâmica das necessidades de formação dos TR no contexto dos TDT, para melhor compreender não só as perspectivas deste grupos profissional da saúde sobre as suas próprias necessidades de permanente actualização dos saberes e competências, mas também, as estratégias que os mesmos mobilizam para potenciar as oportunidades de formação contínua num contexto de inserção profissional e organizacional, marcada pela situação periférica e insular que caracterizam a RAA.

Os resultados do estudo permitiram conhecer melhor o perfil dos recursos humanos da área das Tecnologias da Saúde, em geral, e dos Técnicos de Radiologia em particular, do sector público na Região Autónoma dos Açores (RAA).

Após a análise dos dados verifiquei que o padrão de género dominante, quer na Radiologia, quer nas outras profissões das tecnologias da saúde é o sexo feminino. Em relação à distribuição dos inquiridos relativamente ao seu grupo profissional constatei que as três profissões com maior expressão na RAA correspondem em primeiro lugar aos Técnicos de Radiologia, seguindo-se os de Análises Clínicas e finalmente os Fisioterapeutas. Esta predominância explica-se pelo maior número de vagas existentes nos quadros das instituições da RAA dado que estes profissionais executam exames de diagnóstico e terapêutica que têm uma maior procura no sistema de saúde.

Os resultados do estudo sugerem ainda que quer nos TR quer nos outros TDT o grupo etário com maior expressão compreende as idades dos 35 aos 44 anos, sendo que na Radiologia a amplitude de classes é maior e também há um número mais elevado de profissionais com idades superiores a 45 anos, relativamente às outras profissões das Tecnologias da Saúde.

Relativamente ao nível de escolaridade verifiquei que existe uma grande heterogeneidade quer na profissão de Técnico de Radiologia, quer nas restantes profissões, verificando-se nos dois grupos a predominância do bacharelato.

Conclui pela análise dos dados que a grande maioria dos profissionais inquiridos se encontram vinculados aos quadros da função pública (apenas 1 em 42 TR e 19 em 105 dos outros TDT não se encontravam vinculados). A caracterização dos inquiridos relativamente à antiguidade na profissão revelou que a média da “antiguidade na profissão é de 14 anos nos TR e de 12 anos nos outros TDT.

Verifiquei também que a maioria destes profissionais se concentra nos hospitais da RAA, em detrimento dos centros de saúde. Existe um total de 22 Técnicos de Radiologia distribuídos pelos 3 hospitais da RAA (Ponta Delgada, Angra do Heroísmo e Horta) e 21 distribuídos pelos 16 centros de saúde (dispersos pelas 9 ilhas), verificando-se que alguns destes centros de saúde apenas dispõe de um TR. Por outro lado 78 dos outros TDT (num total de 124) desempenham funções nos hospitais e apenas 46 do seu total trabalham nos centros de saúde. Verifiquei igualmente que a grande maioria dos profissionais pertencentes aos dois grupos em causa trabalham num regime de 35 horas semanais.

Os dados relativos à vinculação laboral dos TDT sugerem que não parece haver grande precariedade laboral ao nível das Tecnologias da Saúde na RAA, embora careça de um estudo mais aprofundado nesta área.

Em relação aos dados relativos à distribuição dos TDT pelas instituições de saúde da RAA verifica-se que dispersão de recursos humanos que é coadunante com a dispersão geográfica do arquipélago, embora a maioria dos recursos humanos se concentrem como já foi anteriormente referido nos 3 hospitais da Região que se situam nas ilhas com maior densidade populacional, especialmente no Hospital do Divino Espírito Santo, na ilha de S.Miguel.

Desconhece-se se este padrão segue a tendência a nível nacional dado que desconhece-se a existência de um estudo alargado sobre os TDT.

Com respeito aos resultados propriamente ditos da análise de necessidades de formação dos Técnicos de Radiologia, o estudo permitiu fazer relevar o seguinte:

A.- Tendo em conta o agrupamento das necessidades em 4 categorias: de ordem profissional, económica, psicossocial e político-organizacional, verifiquei que as principais necessidades sentidas quer pelos TR quer pelos outros TDT situam-se no plano profissional. Manter-se actualizado, aprofundar conhecimentos e competências são as situações que mais mobilizam os Técnicos de Radiologia na procura de formação. Por outras palavras, as necessidades de ordem profissional apresentam-se como prioridades bem expressas, que em última instância, traduzem-se num quadro de procura que pode ser interpretado como lacunas que os TR entendem que devem suprir, face ao insuficiente domínio dos conhecimentos adquiridos na formação inicial e às dificuldades encontradas no quotidiano do trabalho. Estas lacunas levam a que em determinados casos os profissionais considerem haver um certo desnivelamento entre as competências que detêm as funções que desempenham.

Embora os resultados do estudo traduzam maioritariamente uma ausência desse desnivelamento entre as competências profissionais e as exigências da função que desempenham quer nos hospitais, quer nos centros de saúde estudados, verifiquei que os grupos etários mais jovens, com menor tempo de exercício na profissão e com uma maior escolaridade apontaram a existência de um certo desnivelamento entre essas competências e as funções desempenhadas no exercício.

Algumas das razões apontadas pelos inquiridos para a ocorrência desse desnivelamento são as seguintes: carências formativas em áreas gerais e específicas e carências de recursos materiais, essencialmente ao nível dos equipamentos.

As razões apontadas pelos TDT inquiridos para este desnivelamento podem agrupar-se essencialmente em dois grupos:

1- razões ligadas às necessidades formativas: ausência total de formação em determinadas áreas, formação insuficiente em algumas áreas, desactualização dos conhecimentos, não rotatividade pelas diversas áreas inerentes a cada meio complementar de diagnóstico e terapêutica, o que limita a aquisição de saberes.

2 - razões ligadas à necessidade de recursos materiais e/ou humanos: As carências de materiais e equipamentos impossibilitando a execução de técnicas

específicas e o acompanhamento da evolução tecnológica por parte dos profissionais; carência de recursos humanos o que origina uma sobrecarga de trabalho dos profissionais e/ou execução de tarefas relacionadas com trabalho administrativo.

Acresce-se ainda uma autonomia reduzida e a rápida desactualização dos conhecimentos face a crescente evolução tecnológica que se faz sentir na área da saúde.

Assim, relativamente às prioridades sentidas pelos inquiridos, no que concerne à formação a implementar destacaram-se algumas de carácter mais generalista e outras de carácter mais direccionado a cada área técnica. Na área específica da Radiologia as temáticas prioritárias generalistas que foram apontadas pelos inquiridos foram as de sistemas de informação, suporte básico de vida e gestão hospitalar, enquanto que as mais específicas estavam ligadas a competências técnicas, tais como: formação nas áreas da Radiologia Convencional, Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética e Angiografia. Estes profissionais parecem assumir assim uma visão mais tradicionalista da formação, valorizando o desenvolvimento de competências no âmbito do saber-fazer

Os outros TDT apontaram como situações prioritárias de formação geral tendo em conta condições de catástrofe, comunicação em saúde, futuro das carreiras de TDT, metodologias de investigação, métodos de avaliação e tecnologias de informação.

Foi curioso observar que os restantes TDT evidenciaram necessidades formativas ao nível das metodologias da investigação, o que não foi apontado por nenhum dos inquiridos pertencentes ao grupo profissional dos TR. Isto pode significar, tal como já foi referido anteriormente, que estes indivíduos da RAA ainda não estão sensibilizados para uma cultura de investigação no seio da sua profissão.

Em síntese, confirma-se a hipótese de que as necessidades de formação manifestadas pelos Técnicos de Radiologia situam-se ao nível das necessidades profissionais, não sendo evidente qualquer diferença entre estes e os demais TDT pertencentes aos hospitais e aos centros de saúde.

B.- No que diz respeito à participação nos processos formativos, esta realidade inscreve-se no universo das necessidades sentidas. Na verdade, os inquiridos percepcionaram-na como um factor muito importante na preparação profissional, na medida em que permite uma aquisição e um aprofundamento de novos saberes e competências, tendo em vista uma melhoria no desempenho profissional com

consequências positivas na prestação de cuidados de saúde facto que vai de encontro às perspectivas de Charlot (1976).

Efectivamente, os inquiridos fizeram relevar que o facto de participarem nessas acções, ainda lhes trouxe outras vantagens, pois segundo os mesmos, conseguiam após formação não só colmatarem as necessidades formativas, mas sobretudo poderem superar melhor as dificuldades com que se deparavam nos diferentes contextos do quotidiano de trabalho, nomeadamente ao nível da competição profissional.

Pela análise dos resultados conclui-se ainda que os 55,8% dos TR participaram em actividades de formação contínua, no decorrer do último ano. Este número é inferior à participação dos outros TDT (70,2%), sendo de destacar que as modalidades que registaram maior participação foram jornadas, congressos, encontros e simpósios, seguidas das acções/programas de formação. Estas actividades foram maioritariamente desenvolvidas em território continental e nas instituições onde estes profissionais exercem as suas funções.

A partir da análise dos dados também foi possível perceber quais as actividades autodidácticas dos TR na área da formação, evidenciando-se a leitura de livros e revistas técnicas/científicas na área da saúde, o que denota uma certa preocupação destes profissionais com a sua auto-formação. Salienta-se ainda que estes profissionais não apresentam uma sensibilização inerente à investigação, dado que apenas um número muito reduzido deste grupo profissional procedeu à elaboração e/ou apresentação de trabalhos de investigação, não havendo nenhum TR inquirido que tenha publicado artigos científicos. Estes resultados vão de encontro à ideia de que parece ainda não existir uma cultura de investigação disseminada no seio da Radiologia (Upton, 1998) e de que a maioria dos TR ainda não considera a investigação como meio essencial ao desenvolvimento da profissão (Chalen et al., 1996).

Os TR que afirmaram não ter participado em acções de formação contínua justificaram o facto por razões de ordem familiar, da não adequação das temáticas às suas necessidades, bem como razões de ordem profissional, nomeadamente sobrecarga horária nas instituições onde trabalhavam que impossibilita a sua dispensa para fins formativos. Estas duas últimas razões apontadas poderão traduzir uma certa falta de investimento das organizações ao nível da formação contínua dos TR e de uma formal global ao nível dos TDT, que poderá dever-se a um certo “distanciamento” das

instituições de saúde relativamente à problemática da formação contínua num grupo de profissionais reduzido e que nem sempre tem sido reconhecido e devidamente valorizado na área da saúde.

Assim, os resultados permitiram-me concluir que a não participação em actividades de formação contínua não se deve ao desinteresse e ou desinvestimento dos Técnicos de Radiologia na formação, mas aos factores acima referidos, confirmando assim a segunda hipótese colocada no início desta investigação.

C.- A partir da análise dados parece haver, por parte de muitos TR, uma representação positiva da formação contínua, uma vez que mais de metade destes profissionais (58,1%) consideraram a formação contínua muito importante e 27,9% consideraram-na mesmo imprescindível. Por outro lado, 46,5% dos TR consideraram a formação contínua o factor que mais contribui para a sua preparação profissional e 55,8% afirmaram ter participado em actividades de formação contínua ao longo do último ano.

Os restantes TDT apontaram igualmente a formação contínua (46%) e a experiência profissional (35,5%) como os factores que mais contribuem para a sua preparação profissional, perspectivando a formação contínua como imprescindível (54,8% dos inquiridos).

A par desta sensibilização dos TR pela formação contínua, que na verdade é transversal à globalidade dos TDT, parece haver também uma maior valorização do saber-fazer, saber esse essencialmente voltado mais para a prática e para o desenvolvimento de capacidades técnicas (*clinical skills*) do que para as capacidades relacionais ou interpessoais. Estas não são tão valorizadas por estes profissionais, o que poderá ser explicado através das especificidades inerentes à própria profissão que tradicionalmente é vista mais como uma profissão mais “prática” do que “teórica”.

De acordo com a análise de dados, verifica-se que os TDT, em geral e os TR em particular, apresentaram os mesmos motivos para justificar a sua necessidade de frequentar de acções de formação contínua, ou seja, todos os profissionais inquiridos realizaram estes actos tendo em vista a aprendizagem de novos conhecimentos.

Outra das razões apontadas remete-se ao aprofundamento de conhecimentos e competências, seguida pela actualização profissional. A melhoria do desempenho

profissional foi igualmente apontada pelos inquiridos, bem como a melhoria dos cuidados prestados.

Desta análise parece então poder confirmar-se a hipótese de que quer os TR, quer os demais TDT da RAA têm consciência das suas lacunas no desempenho profissional, sendo evidente alguma motivação em aprofundar os conhecimentos, tendo em vista a melhoria da prestação de cuidados.

D.- A partir da análise dos dados, verificou-se que os impactos da formação apresentam duas subdimensões: os impactos ao nível da vida pessoal e os impactos ao nível da vida profissional.

Relativamente à primeira dimensão, os dados revelaram que a formação tem uma influência positiva ao nível da autoconfiança e melhoria da criatividade e iniciativa pessoal, o que vai de encontro às perspectivas enunciadas no enquadramento teórico que realçam a importância da formação como estratégia de desenvolvimento pessoal.

No que diz respeito ao impacto da formação ao nível da vida profissional, os TR identificaram como mais relevantes os efeitos ao nível da aquisição de conhecimentos e competências e ao nível do desempenho profissional, permitindo de certa forma, aos TR superar algumas das dificuldades quotidianas e sentirem-se mais preparados para responder a novos desafios. Estes resultados, que de certa forma são igualmente transversais a todo o grupo dos TDT, vão mais uma vez de encontro ao quadro teórico em que me apoiei, no que diz respeito à importância da formação na aquisição e desenvolvimento de competências e também como estratégia de desenvolvimento profissional, assegurando uma melhor prestação de cuidados de saúde e permitindo aos profissionais uma melhor adaptação aos contextos de mudança (Alarcão, 1992; Schwartz, 1969; Charlot, 1976; Sainssalieu, 1999; La Boterf, 1994).

Por último, os dados obtidos revelaram que a formação não teve qualquer impacto quer na remuneração quer na progressão de carreira dos TR, tendência que é semelhante na globalidade da população dos TDT.

Em suma, pode constatar-se que apesar da existência de uma certa diversidade de possíveis impactos da formação na vida pessoal e profissional dos Técnicos de Radiologia, tais impactos são semelhantes aos que predominam no seio dos demais TDT pertencentes aos hospitais e aos centros de saúde.

Importa também referir que na opinião dos TR, *a actualização/renovação de conhecimentos, conhecimentos ao nível das TIC e realização de estágios* constituem as situações que melhor contribuem para reforçar as suas qualificações e competências.

Este estudo também permitiu perceber qual o tipo de modalidades de formação contínua e respectivos horários preferidos pelos TR. Assim, cursos de duração máxima de uma semana, *workshops* e formação em contexto de trabalho, constituem as modalidades formativas preferidas pelos TR, apontando o horário laboral (compreendido entre as 9h e as 17h30) como o mais indicado para a realização de actividades de formação. Situação é idêntica para todos os TDT.

Da articulação dos resultados descritos acima, pode-se ainda inferir que para os inquiridos a palavra necessidade é utilizada para designar que é percebido pelos actores como fazendo falta, retirando-lhe qualquer sentido determinista, sublinhando a sua percepção individual e contextualizada, e incluindo desejos e expectativas, aproximando-se assim da concepção de necessidade como *discrepância ou lacuna* (Kaufman e Herman, 1991; Stufflebeam, 1985). No quadro da formação profissional contínua dos Técnicos de Radiologia a necessidade de formação é o que sendo percebido como fazendo falta para o exercício profissional, é percebido como podendo ser obtido a partir de um processo de formação, qualquer que seja o seu formato e modalidade. Como já foi referido anteriormente, as necessidades de formação não são só dependentes de valores mas também construídas em situação (de trabalho, de investigação de formação, de experiência de vida...). Importa também referir que as prioridades de formação referidas pelos inquiridos traduzem mudanças desejadas nas práticas profissionais e projectos de evolução na profissão, aproximando-se da acepção de *necessidades como mudança ou direcção desejada por uma maioria* (Stufflebeam, 1985).

Na verdade, para uma interpretação mais cuidada das necessidades de formação dos Técnicos de Radiologia deve ser valorizada, por um lado, a biografia destes profissionais (dados sócio-psicológicos) que permitem abordar as dinâmicas pessoais e identificar os contextos individuais de emergência dos pedidos de formação; por outro lado, deverão ser valorizadas as necessidades dos sistemas em que se inserem estes

profissionais, concretamente os contextos de trabalho. Em termos estritos, esta evidência parece aproximar-se da perspectiva *necessidades das pessoas versus necessidades do sistema*, preconizada por D'Hainault (1979), não se verificando muitas vezes concordância entre as necessidades de ambas as partes. Sendo este um processo marcado por relações de poder, terá que haver necessariamente um processo de negociação associado, nunca perdendo de vista a noção de que a formação profissional não é só vantajosa para os profissionais mas também para as organizações. Por outro lado, factores como: adaptação da formação à psicologia e ao quotidiano do formando, e independência relativamente à instituição formadora não devem ser ignorados. O ideal seria que todos os intervenientes participassem em todas as fases do processo de formação contínua, nomeadamente não só na determinação das necessidades a que se deve dar resposta, assumindo a sua natureza “subjectiva” e dinâmica, mas também ao nível da concepção, da implementação e da avaliação.

Em função dos resultados do estudo verifica-se que apesar dos TR evidenciarem necessidades de formação em diversas áreas, parece que subsistem alguns dos obstáculos que constroem a implementação dessas políticas, entre as quais se destacam as seguintes:

- resistência à mudança (quer por parte da instituição, quer por parte de alguns profissionais);
- relações de poder (hierarquia de relações culturalmente estabelecidas);
- descontinuidade das propostas e da sua realização
- falta de recursos (quer materiais quer de financiamento)
- desvalorização da carreira profissional
- pesada carga horária que não permite o tempo/espço necessários à formação.

Parafraseando Rodrigues (1999), as necessidades de formação dos TR parecem ser profundamente marcadas por uma malha complexa de relações de poder profissional e organizacional, sendo mediado pela teia de jogos de interesses pessoais e institucionais nem sempre fáceis de negociar. O ideal seria que todos os TR de qualquer ilha da RAA pudessem participar abertamente no processo da definição da sua formação

contínua, nomeadamente na determinação das necessidades a que se deve dar resposta, assumindo a noção que a dinâmica da sua formação nas organizações de saúde se inscreve numa lógica de imprescindibilidade, quer ao nível do reforço da identidade profissional, quer no plano da melhoria da prestação de cuidados em tecnologias da saúde.

Face ao exposto, os resultados do estudo sugerem a conclusão geral e a confirmação da hipótese de *que não existe um perfil heterogéneo de apreciação da importância da formação contínua no seio dos TDT da RAA, em geral, e dos TR, em particular, nem quanto às necessidades de formação propriamente ditas*. Não verifiquei diferenças ao nível das verbalizações expressas quer nos hospitais, quer nos centros de saúde. Porém, é de ressaltar que as motivações e os desejos de formação expressas pelos TR, embora se aproximem dos expressos pelos outros TDT, apresentam certas diferenças de conteúdo, verificando-se a presença de certas diferenças ao nível das áreas de necessidades de formação sentidas pelos profissionais, situação que parece derivar de factores relacionados com as características de profissionalidade, de mudança ou de inovação nas organizações de saúde, bem como às perspectivas de desenvolvimento profissional e aos interesses de ordem pessoal sobre a formação e as oportunidades participação nas acções de formação.

Perante estas conclusões, que justificam certamente um estudo mais alargado, importa questionar se as necessidades de formação são então as que o Técnico de Radiologia, com poder/autonomia, percebe na interacção que estabelece consigo e os outros, tendo em conta o seu contexto de inserção sócio-organizacional, a sua visão e ideologia profissional de trabalho, desenvolvendo um papel de participante e de colaborador, ou aquelas que um agente externo, no exercício de um papel distanciado, atribui por referência a modelos autoritários ou normativamente assumidos? Uma questão que terá de ser deixada em aberto para futuros estudos.

Neste ponto conclusivo, ainda interesse tecer algumas considerações. Após todo o processo de elaboração deste trabalho, penso ser oportuno, nesta fase, apontar algumas limitações que esta investigação apresenta.

1. Antes de mais, convém referir que o quadro teórico em que me apoiei foi limitado dada a escassez de estudos empíricos aprofundados sobre formação contínua de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica em Portugal e, muito especificamente sobre os Técnicos de Radiologia.

2. Como já foi referido, a RAA é caracterizada por uma grande dispersão geográfica das suas ilhas. Assim, uma das limitações deste estudo prendeu-se precisamente com este aspecto, nomeadamente a impossibilidade da minha deslocação às outras ilhas, pelo que os questionários tiveram que ser enviados por correio, o que originou a receção tardia de alguns deles e, em alguns casos, a sua não devolução. Não obstante esta limitação, a taxa de devolução foi de 91,4% (191 de 209 questionários).

Como o número de TDT, e em especial os TR, existentes na RAA não é muito elevado, e dado que os inquiridos foram questionados acerca da sua participação em acções de formação “nos últimos 12 meses”, leva a que seja cautelosa na abrangência destas conclusões e, portanto considero ser necessária a realização de estudos longitudinais de monitoria das necessidades de formação, mais alargados no tempo e centrados no acompanhamento efectivo, quer dos TDT quer dos TR, nas diversas fases da sua vida pessoal e profissional. É neste sentido, que no meu entender, os estudos longitudinais que se venham a realizar no futuro possam enriquecer este trabalho e venham a contribuir para que se entenda melhor o posicionamento dos diferentes sujeitos face à formação contínua, ao longo da sua vida.

É também minha convicção que as dificuldades de acesso à formação contínua sentidas e manifestadas por alguns TDT que se encontram nas ilhas onde a insularidade é maior, a distância dos centros de formação e de outras instituições vocacionadas para acções formativas poderão influir no modo como os profissionais se posicionam perante a sua formação, levando-os quiçá, a assumirem posturas diferentes das que agora foram identificadas neste estudo. Esta é outra das problemáticas que merecerá ser aprofundada em estudos posteriores.

Apesar de algumas limitações com que me deparei ao longo deste estudo, gostaria de expressar o entusiasmo colocado na sua realização, razão porque desejo que o mesmo venha a ser alvo de análises críticas e que possa servir de motivação para a realização de trabalhos futuros.

2.- Recomendações

Perante estes obstáculos, os esforços de implementação de modelos de formação contínua poderão por vezes ser contagiados por um pessimismo que dificulta/inviabiliza a acção. A questão que se põe actualmente é como superar as iniciativas pontuais no campo da formação e lançar uma discussão ampla, na qual a formação seja abordada como um tema importância na elaboração de políticas públicas, sem restringi-las a aspectos legais que, embora necessários, merecem ser avançados?

Considerando os contextos específicos da RAA, dos serviços de Radiologia e as expectativas dos Técnicos de Radiologia face à problemática da formação contínua, apresento um conjunto de sugestões que me parecem pertinentes para a melhoria das condições de formação profissional dos Técnicos de Radiologia da RAA:

- Formação dentro do âmbito das necessidades dos Serviços de Radiologia;
- Elaboração de questionários ou outro método de recolha de dados referentes às necessidades dos Técnicos de Radiologia, em cada Serviço/Instituição para que se possa posteriormente identificar os interesses e pedidos individuais de formação, com vista à estruturação e planificação de possíveis projectos de formação;
- Maior envolvimento dos Técnicos de Radiologia na organização de eventos formativos, concretamente ao nível dos Núcleos de Formação Profissional das instituições onde trabalham;
- Formação com componente teórica e prática;
- Formação ao nível do auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional, com vista a desenvolver uma auto-estima e confiança que permitam uma mudança real na identidade da profissão;
- Criação de incentivos à investigação na área das Tecnologias da Saúde. O incremento da investigação feita pelos TDT que se encontram no exercício das suas actividades seria um precioso contributo para o seu desenvolvimento profissional e para a criação de procedimentos formativos mais consentâneos com as necessidades da sua prática.
- Melhores critérios de selecção dos temas das acções de formação (mais

específicos para a Radiologia e não apenas cursos de âmbito geral da saúde, como têm ocorrido na maioria dos casos);

- Criação de condições a nível de equipamentos e infra-estruturas em alguns Centros de Saúde, concretamente das ilhas mais pequenas;
- Criação de condições de realização de formação em contexto de trabalho
- Maior investimento na área da telemedicina com vista à “aproximação” dos profissionais que trabalham em zonas mais isoladas dos maiores centros;
- Apoio à formação por parte das instituições empregadoras (dispensa de serviço, apoio financeiro nas deslocações às acções de formação realizadas em outras ilhas e no Continente);
- Aumento do tempo e da qualidade da formação;
- Formação em horário laboral;
- Preferência por modalidades formativas que vão de encontro às expectativas dos TR (cursos de uma semana, formação em contexto de trabalho e *workshops*).
- Elaboração de questionários ou outro método de recolha de dados referentes às necessidades dos TR, em cada Serviço/Instituição para que se possa posteriormente identificar os interesses e pedidos individuais de formação, com vista à estruturação e planificação de possíveis projectos de formação.
- Criação de uma ordem dos profissionais das Tecnologias da Saúde de modo a combater a grande heterogeneidade existente no grupo profissional, uma vez que o associativismo poderá fomentar a solidariedade dentro da própria classe profissional em torno de interesses comuns.

2.1. Plano de intervenção sócio-organizacional para a Radiologia da RAA

Em função dos resultados deste estudo e, pelo crescimento observado na profissão de Técnico de Radiologia nos últimos anos, é forçoso que exista uma inevitabilidade de articulação entre a formação contínua e as necessidades reais dos profissionais. Assim, sugiro também a concepção de uma proposta de plano de intervenção sócio-organizacional que visa o desenvolvimento pessoal e profissional dos Técnicos de Radiologia da RAA, com o objectivo de superar as possíveis necessidades de formação evidenciadas neste estudo, com o apoio de uma metodologia de acção específica.

Esta proposta de plano de acção é composta por quatro áreas de intervenção, para as quais foram definidos objectivos específicos, cuja implementação é proporcionada por um conjunto de actividades propostas no próprio plano (Quadro 55).

A estratégia que proponho baseia-se numa metodologia participativa, cujo objectivo consiste em fomentar o trabalho em equipa, facilitando a partilha de conhecimentos e uma maior colaboração inter-institucional. É forçoso que, para que este, ou qualquer outro plano de formação possa ter sucesso, exista uma cultura de participação, uma colaboração dinâmica e empenho por parte de todos os actores envolvidos.

Assim, este plano de acção visa proporcionar aos TR uma função activa no processo de formação contínua e, por outro lado parece-nos que a adopção de um modelo de formação contínua bem definido e que envolva todos os profissionais da Região poderá promover a identidade grupal e consequente valorização dos Técnicos de Radiologia nos contextos profissionais e organizacionais.

Quadro 55: Proposta de Plano de Acção para Desenvolvimento dos Técnicos de Radiologia da Região Autónoma dos Açores

Objectivo Global	Objectivos Específicos	Ações	Resultados Esperados	Recursos
Gerir a Informação	- Criar um sistema de informação sobre necessidades de formação contínua.	- Estruturação da informação recolhida por temáticas e categorias de necessidades	- Disponibilização das necessidades formativas de uma forma estruturada.	- Base de dados em suporte informático. - Relatórios, registos e estudos específicos.
Qualificar os Actores	- Ampliar o leque de conhecimentos e competências. - Aumentar o tempo e a qualidade da formação. - Reforçar as práticas de investigação.	- Elaboração de um plano anual e plurianual de formação contínua. - Implementação de cursos de Formação de Formadores. - Dinamização da rotatividade de funções em cada serviço (Ex: TC, Mamografia, RM; Angiografia, Urgência, etc) - Sessões de divulgação e debate de conhecimentos e experiências. - Criação de núcleos de trabalho. - Desenvolver sistemas de formação semi-presencial ou <i>e-learning</i> através de parcerias com escolas superiores de Tecnologias e Universidades - Criar incentivos às práticas de investigação	- Satisfação das necessidades de formação contínua e actualização dos conhecimentos. - Desenvolvimento pessoal e profissional. - Maior envolvimento dos TDT/TR nos processos de auto-formação. - Melhoria dos critérios de selecção dos temas das acções de formação dos TDT/TR.	- Material didáctico de suporte às acções de formação disponibilizadas pelas instituições envolvidas. - Apoio financeiro.
Banco do Conhecimento	- Sistematizar documentação de carácter informativo e formativo. - Promover uma actualização permanente dos dados referentes à formação contínua.	- Divulgação de reflexões, experiências e conhecimentos. - Criação de um banco de dados sobre a formação em Radiologia - Monitoria e actualização permanente das bases de dados.	- Acessibilidade adequada às acções de formação disponíveis, formadores, instituições envolvidas e recursos materiais.	- Suporte informático. - Publicações periódicas / <i>Newsletters</i> sobre a formação contínua
Investimento nas Infraestruturas De Prestação de Cuidados	- Analisar as necessidades de (re)equipamento e melhoria das infra-estruturas, concretamente nas ilhas mais pequenas. - Promover uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde.	- Elaboração de um plano estratégico de desenvolvimento das tecnologias da saúde na RAA - Investir nas novas tecnologias e na formação dos profissionais. - Desenvolver a área da telemedicina, nomeadamente da teleradiologia.	- Uniformização da prestação de cuidados de saúde. - Melhoria do acesso dos utentes/cidadãos aos serviços de saúde.	- “ <i>Decisão Política Regional</i> ” - Apoio Financeiro. - Parceria público-privado
Avaliação do Plano de Acção	Avaliar cada dimensão de intervenção	- Elaboração de critérios de auto-avaliação e avaliação externa.	- Identificação dos casos de sucesso e das lições aprendidas	- Task-force de avaliação com apoio de entidades externas

Em primeiro lugar seria necessário haver uma divulgação eficaz do sistema de formação contínua, junto de todos os TR na RAA com vista à sua sensibilização, pois a criação de um sistema de formação deverá basear-se na vontade de mudar e de criar um projecto comum, na partilha, na complementaridade e na negação de uma visão reducionista da construção da sabedoria profissional.

Por outro lado, este plano só seria possível através de uma articulação dos diferentes parceiros e das diferentes organizações (Governo Regional, associações de Técnicos de Radiologia, instituições de saúde da RAA, formadores, investigadores, etc.) num sistema espaço temporal comum construído para o efeito. Este sistema constituiria a interface da parceria em que se delimitaria um cenário no qual interagem os diversos actores, sendo que o centro de gravidade seria sempre o formando, neste caso os Técnicos de Radiologia, para o qual convergiriam os diferentes processos gerados pelos parceiros.

Um dos pilares deste plano é a *gestão da informação* e consiste na criação de um sistema de informação por meio de uma base de dados informática que permita em qualquer altura fazer o diagnóstico das necessidades de formação dos TR na RAA, nomeadamente quais as áreas temáticas em que se verificam essas necessidades e em que instituições, quais as acções de formação já efectuadas em determinado local, e prioridades de formação.

Estes dados seriam obtidos através da realização de estudos periódicos sobre necessidades de formação ou de relatórios enviados por parte das unidades de saúde ou dos próprios Técnicos de Radiologia. Uma vez recolhida a informação, esta terá que ser agrupada por temáticas e categorias de necessidades.

O segundo pilar deste plano consiste na *qualificação dos actores* e visa essencialmente ampliar o leque de conhecimentos e competências dos TR, aumentar o tempo e a qualidade da formação e reforçar as práticas de investigação.

Para que estes objectivos possam ser alcançados sugerimos algumas estratégias de acção que visam incrementar a participação dos TR no seu processos formativo:

- **elaboração de um plano anual e plurianual de formação contínua;**

- **implementação de cursos de Formação de Formadores:** criação de projectos que envolvam todo o serviço, possibilitando a permanência da formação na organização. Os chefes de Serviço, em conjunto com os Técnicos Coordenadores deverão implementar um projecto formativo, garantindo a continuidade desse mesmo projecto na instituição. Assim, deverão ser formados Técnicos que colaborem com os núcleos de formação das instituições e integrem equipas multidisciplinares.
- **incentivo à mudança na organização das instituições:** por vezes são necessárias algumas alterações na rotina dos serviços, como por exemplo rotatividade de funções, que fomenta a aprendizagem em áreas diferentes, ampliando assim o leque de conhecimentos e competências. Assim, para os TR que trabalham em Hospitais sugere-se a dinamização da rotatividade de funções em cada serviço (Ex: TC, Mamografia, RM; Angiografia, Urgência, etc); para os TR que trabalham em Centros de Saúde deverá ser proporcionada uma reciclagem periódica de conhecimentos através de estágios realizados em Hospitais da Região (parceria Centros de Saúde-Hospitais);
- **criação de núcleos de trabalho em cada instituição:** organização de pequenos grupos de trabalho com objectivos definidos tendo em vista a resolução de problemas concretos ou apresentação de propostas de trabalho. Estes núcleos seriam responsáveis pelo levantamento das práticas em curso, através de questionários, entrevistas, reuniões, seguindo-se uma análise e reflexão, identificando pontes fortes e pontos fracos. O objectivo será sensibilizar os Técnicos para que possam, a partir do estudo e reflexão das suas práticas diárias, promover mudanças mais significativas. A partir daí estruturam-se os possíveis projectos de formação. Também deverá ser incentivada a elaboração de documentação de carácter formativo: reflexões, registos, estudos específicos, projectos, sugestões de actividades, planos anuais, etc. A sistematização e a socialização permitem aos profissionais reconhecerem-se como “criadores” de conhecimento. Pensamos, tal como Moores (2002) que é de extrema importância a elaboração, por parte dos Técnicos de Radiologia, de um plano de formação contínua que permita

construir, colocar em uso e avaliar as competências essenciais ao seu exercício profissional.

- **sessões de divulgação e debate de conhecimentos e experiências:** análise teórica das situações práticas através de reuniões de trabalho, onde poderão ser confrontadas e elucidadas questões quotidianas, discussão de casos clínicos e intercâmbio de ideias com grupos multidisciplinares. O relato de experiências também é muito importante pois saber explicar o que se faz, como e porquê, é para os profissionais um desafio de sistematização e explicitação das suas práticas, colocando à disposição de todos os intervenientes o seu capital formativo e experiencial. É importante também que os TR clarifiquem valores e conceptualizações que subjazem às suas práticas formativas e de prestação de cuidados. Ao se organizarem para apresentar os seus projectos a outros profissionais, os Técnicos desenvolvem diferentes competências, entre as quais a capacidade de comunicar profissionalmente. Isto poderá ser feito através de seminários, publicação de artigos, comunicações orais em congressos, etc.
- **desenvolver sistemas de formação semi-presencial ou *e-learning*** através de parcerias com Escolas Superiores de Tecnologias e Universidades. Uma vez que a RAA, devido às suas condicionantes geográficas, não dispõe de um grande leque de opções formativas, exigindo a deslocação dos profissionais aos grandes centros, seria vantajoso para os TR o desenvolvimento deste tipo de sistemas, sendo para isso necessário um apoio financeiro por parte quer das instituições de saúde, quer por parte do Governo Regional.
- **criar incentivos às práticas de investigação** através da implementação de prémios.

Outro dos pilares deste plano é a criação de um *banco do conhecimento online* que possibilite uma actualização permanente dos dados referentes à formação contínua, nomeadamente a divulgação de toda a informação de carácter informativo e formativo que possa interessar aos profissionais da Radiologia, como por exemplo divulgação de acções de formação, artigos, estudos, trabalhos, reflexões, experiências, etc. Esta

divulgação seria feita através da internet e de publicações periódicas/newsletters de modo a que todos os TR da RAA pudessem ter acesso à informação.

Outra linha de acção deste plano é o *investimento nas infraestruturas de prestação de cuidados*. Pelos dados que obtivemos no nosso estudo ficou patente que os profissionais manifestam necessidades de recursos materiais ao nível dos equipamentos e/ou infraestruturas, concretamente nas ilhas mais pequenas, o que significa que alguns centros de saúde deverão ser alvo de uma intervenção a esse nível, o que poderá trazer vantagens não só aos profissionais mas também na prestação de cuidados de saúde. Uma das formas de superar estas necessidades seria um investimento por parte do Governo regional nas novas tecnologias, nomeadamente telemedicina e consequente formação dos profissionais.

Por último, propomos ainda a *avaliação do plano de acção*. A partir do diagnóstico inicial, as avaliações deverão garantir o acompanhamento dos trabalhos e das competências desenvolvidas pelos profissionais e verificar as mudanças ocorridas e o grau de coerência entre a prática e o modelo de formação adoptado. Deverão ser promovidos instrumentos de auto-avaliação e de balanços de competências de modo que os TDT possam reflectir sobre as necessidades de formação. Este processo favorece a tomada de consciência do processo de aprendizagem e a construção de estratégias pessoais no desenvolvimento profissional, o estabelecimento de metas e o exercício da autonomia em relação á sua própria formação. Deverão também ser elaborados mecanismos de avaliação externa de forma a questionar se as estratégias adoptadas são as mais adequadas para suprimir as necessidades, ou se é necessário um reajuste.

Na concepção desta proposta, consideramos, mais uma vez, imprescindível, a sensibilização de todos os actores envolvidos: unidades de saúde, Governo Regional e principalmente os TR para a necessidade de reorganização do sistema de formação contínua, não obstante de estes profissionais constituírem ainda uma classe profissional com pouca expressão na área da saúde.

Antes de terminarmos, não queremos deixar de referir que, apesar de algumas limitações, esperamos que este estudo proporcione mais um espaço de reflexão sobre a problemática da formação contínua na área da Radiologia e, de um modo geral, na área

das Tecnologias da Saúde na RAA e sirva para reforçar a necessidade de impulsionar o difícil trabalho de promover a formação, valorizando a equidade de todos os profissionais que se encontram dispersos por nove ilhas.

Estamos em crer, tal como ficou patente na revisão bibliográfica, que o investimento na área da formação contínua trará vantagens para os profissionais, contribuindo para o desenvolvimento de novos saberes e competências e para o crescimento profissional da Radiologia (gradualmente se tornem capazes de lidar com a complexidade das situações de trabalho e que se adaptem aos futuros desafios na área da saúde). Isto irá traduzir-se em melhores práticas e consequentemente em melhor prestação de cuidados de saúde, constituindo uma mais valia para instituição a que pertencem.

Gostaríamos, ainda, de salientar que a realização deste estudo, por ter implicado transformações pessoais no sentido de um amadurecimento profissional e de interacção com os nossos pares, simultaneamente, permitindo intervir no presente, perspectivando o futuro, constitui para nós, um meio de intervir responsabilmente na procura da qualidade da formação contínua.

Bibliografia

- ABREU, Wilson. (1994). *Dinâmica da Formatividade dos Enfermeiros. Subsídio para um Estudo Ecológico da Formação em Contexto de Trabalho Hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: Faculdade de Psicologia e das Ciências da Educação.
- ABREU, Wilson. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho*. Lisboa: Formasau.
- AFIRSE (1996). *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho*. Lisboa: Afirse.
- ALALUF, Matéo. (1992). “A qualificação: de que se fala? Um procedimento de Hierarquização?” *Formação Profissional*, CEDEFOP, n.º 2.
- ALARCÃO, Isabel. (1992). “Continuar a formar-se, renovar e inovar, A formação continua de professores”, *Revista Escola Superior de Educação de Santarém*, n.º 3, Janeiro, 24 –34.
- ALBARELLO, Luc et al. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- ALIN, C. (1996). *Être Formateur : quand dire c'est écouter*. Paris: L'Harmattan
- ALSELMO, Cristina et al. (2003). *Avaliação da necessidade de realização de formação avançada na área das tecnologias da saúde*. Lisboa: ESTeSL (Relatório de Investigação, policopiado)
- AMBLARD, Henri e tal (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: L'Harmattan
- AMIGUINHO, ABÍLIO (1992). *Viver a formação, construir a mudança*. Lisboa. Educa.
- ANDRADE, Cármen. (2003). *A escola em parceria representada pelos alunos, enfermeiros e professores: as organizações educativas enquanto observatórios de diagnóstico de formação*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores: Departamento de Ciências de Educação.

- ANTUNES, António Roque. (1997). *A Idade e Situação face ao Emprego dos Trabalhadores por conta de Outrem*. Lisboa: MQE /MESS – Centro (Serviço) de Informação Científica e Técnica.
- ARROZ, A.M. (1995). *Ensino Superior e Formação Pedagógica*. Tese de Mestrado. Mestrado em Ciências da Educação. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- AVANZINI, Guy. (1996). *Education des Adultes*. Paris : Anthropos.
- BARBIER, J. M. e LESNE, M. (1977). *L'analyse des Besoins en Formation*. Champigny-sur-Marne: Robert Jauze.
- BARROSO, João. (1995). “Formação, Projecto e Desenvolvimento Organizacional” In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho* Vol I (1996). Association Francophone Internationale de Recherche en Sciences de L’Education. VI Colóquio Nacional da Secção Portuguesa da AIP ELF/AFIRSE, Universidade de Lisboa. 1: 39-53.
- BELL, Judith. (2002). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- BERGER, Guy. (1991). “A experiência pessoal e profissional na certificação de saberes: a pessoa ou a emergência de uma sociedade global” In: *Novos Rumos para o Ensino Tecnológico e Profissional. Conferência Nacional*. Porto: Getap/ Me, 234-243.
- BERNOUX, Philipe. (s.d.). *A sociologia das organizações*. Porto: Rés.
- BORDIEU, Pierre (1987). “Proposta Para o Ensino do Futuro”, *Cadernos de Ciências Sociais*, 5:102-115.
- BOUTINET, Jean (1999). “A vida adulta em formação permanente: da noção ao conceito”, in CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre (Org), *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*. Lisboa: Instituto Piaget.185 – 206.
- CABRITA, B. G. (1994). *Formações em alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.
- CADOU, X. (1974). “L’étude de besoins de formation en enterprise: quelques règles simples... pour une pratique plus simple“. *Objectif Formation*, nº 23/24.

- CAETANO, António; VALA, Jorge. (2002). *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas*. Lisboa: Editora Recursos Humanos Lda.
- CAMPENHOUDT, Luc Van (2003). *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva
- CANÁRIO, Rui. (1999). *Educação de Adultos. Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.
- CANÁRIO, Rui (org.) (1997). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora
- CARDIM, José Casqueiro. (1998). *Práticas de Formação Profissional*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- CARRAÇA, Idalmiro. (1994). *Clínicos gerais: construção de práticas profissionais no contexto dos centros de saúde*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: FPCE.
- CASTLE A.; HARRIS, D. Adrian; HOLLOWAY, D.G.; RACE, A.J. (1997). "Continuing Professional Development for Radiographers", *The College of the Radiographers*, 3: 253-263.
- CHALEN V, et al (1996). "Research-Mindedness in the radiography profession, The College of the Radiographers", *Radiography* 3: 139-151.
- CHARLOT, Bernard. (1976). "Négociation, des besoins de formation dans les organisations : un modèle théorique et méthodologique", *Mesure et Évaluation en Éducation*, 14 (1): 17-60.
- COLLEGE OF RADIOGRAPHERS (1994). *Code of Conduct*. London: College of Radiographers.
- COMISSÃO DA UNIÃO EUROPEIA (2002). *L'Emploi en Europe 2002: évolution récente et perspectives*, Luxembourg: Office des Publications Officielles des Communautés Européennes.
- CORREIA, José Alberto. (1989). *Inovação Pedagógica e Formação de Professores*. Porto: Edições Asa.
- CORREIA, José Alberto. (1996). "Formação e Trabalho: Contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação". *Formação, Saberes*

- Profissionais e Situações de Trabalho* Vol I, Actas do VI Colóquio Nacional as Secção Portuguesa da AIPELF/AFIRSE. Lisboa: Universidade de Lisboa. p.4-27
- CORREIA, Maria (1993). *Formação e Identidade Profissional dos Enfermeiros de Saúde Comunitária*, Dissertação de Mestrado, Lisboa : Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- D'HAINAULT, L. (1979) (coord.). *Les besoins en éducation, in Programmes d'études et education permanente*, Paris: UNESCO.
- D'ESPINEY, Luísa. (2003). "Formação inicial/ formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho", in Rui Canário (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora. 169-188.
- DEBESSE, Maurice ; MIALLET, Gaston (1978). *Traité des sciences pédagogiques*, 8º Vol. Paris : Presses Universitaires de France.
- DEMAILLY, Lise (1987). "La qualification ou la compétence professionnelle des enseignants". *Sociologie du Travail*, 1, p. 59-69.
- DESCOMBE, Martin (1998). *The Good Research Guide for Small-Scale Social Research Projects*, Buckingham: Open University Press.
- DOMINICE, Pierre (1982). A Biografia Educativa: Instrumento de Investigação para a Educação de Adultos, In : NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), *O Método (auto)biográfico e a Formação*, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 98-106.
- DOMINICE, Pierre (1985). *La Formation Enjeu de l'Evaluation*. Berne: Ed. Peter Lang.
- DUBAR, Claude (1990). *La formation Professionnelle continue*, Paris : Ed. La Découverte. p.102
- DUBAR, Claude (1990). "L'enjeu des expériences de formation inovante en entreprise: un processus de socialisation professionnelle". In : *Education Permanente*, nº 104, p. 53-55
- ELLIOTT, L. (2003). "Radiographer reporting in the nuclear medicine department: a learning curve?" *Radiography*, 9: 247-251

- ESTRELA, M.T. et al (1999). Processos de Identificação de Necessidades – Uma *Reflexão*, *Revista de Educação*, vol. VIII, n.º 1. p 29-97.
- FABRE, Michel (1995). *Penser la Formation*. Paris : PUF
- FERNANDES, Ana Rosalina. 2005. *Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia. O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo*, Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde. Évora/Lisboa: Universidade de Évora / Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- FERRY, G. (1983). *Le Trajet de la Formation. Les Enseignants entre la Théorie et la Pratique*. Paris : Dunod.
- FORTIN, Marie – Fabienne (1999). *O Processo de Investigação*, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Ltd.
- FRIEDBERG, E. (1993). *Le pouvoir et la règle. Dynamique de l'action organisée*. Paris : Editions du Seuil.
- FOWLER, P. (2001). “Learning Styles of Radiographers”. *Radiography* (2002) 8, p.3-11.
- GALVÃO, Miguel Leal (1997). «Formação no Desenvolvimento da Medicina», *Formação e Inovação*, 3 e 4: 67-68.
- GAUTHIER, Benoît. (2003). *Investigação Social – da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- GHIGLIONE, Rodolphe ; MATALON, Benjamin (1997). *O Inquérito: Teoria e Prática*, Oeiras: Edições Celta
- GIL, António Carlos (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3ª ed. S. Paulo: Atlas.
- GOGUELIN, Pierre (1994). *La formation continue des adultes*. Paris : Presses Universitaires de France - PUF.
- HENWOOD, S.(2000). “Looking at responsibilities in CPD”. *Synergy*. Feb: 8-10.
- HENWOOD, S. (2000). “What is effective CPD and how do I evaluate it ?” *Synergy*. Aug.: 6-9

- HONORÉ, B. (1980). *Pour une Pratique de La Formation. La Réflexion sur les Pratiques*. Toulouse : Payot.
- HOGG, D. and HOGG, P. (2003). “Radiographer prescribing: lessons to be learnt from the community nursing experience”, *Radiography*, 9: 263–265
- INOFOR (2004), *Desenvolvimento dos Recursos Humanos do Turismo – Plano Estratégico*, Lisboa, INOFOR. (url: <http://www.iqf.gov.pt>).
- JOBERT, Guy (1999). “A inteligência no Trabalho”, in CARRE, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), *Tratado das ciências e das técnicas da Formação*, Lisboa: Instituto Piaget, 223 - 239.
- JOSSO, Christine. (1988). “Da formação do sujeito...ao sujeito de formação”, in : NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), *O Método (auto)biográfico e a Formação*, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 35 - 50.
- JOSSO, Christine (1991). *Cheminer vers soi. Le sujet en formation*. Lausanne : L’Âge d’Homme.
- KAUFMAN, R. A. (1973). *Planificación de Sistemas Educativos Ideas Básicas Concretas*. México: Editorial Trillas.
- KAUFMAN, R. A. e HERMAN, J. (1991). *Strategic Planning in Education. Rethinking, Restructuring, Revitalizing*. Lancaster: Techomic Pub.
- KETELE, Jean-Marie; ROEGIERS, Xaviers (1993). *Metodologia da Recolha de dados – Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*, Lisboa: Instituto Piaget.
- KOLB, D.A. (1984). *Experiential Learning*. New Jersey : Pretience Hall.
- LE BOTERF, G. (1994). *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris : Editions d’Organisation. in:
- LE BOTERF, G. (1988). *Le Schéma directeur des emplois et des ressources humaines*. Paris. Ed. Organisation
- LE BOTERF, G. (1990). *Comment Investir en Formation*, Paris. Ed. Organisation.
- LESNE, M. (1977). *Travail Pédagogique et Formation d’Adultes*. Paris : PUF.

- LIMA, Marínus Pires de (1995). *Inquérito Sociológico – Problemas de Metodologia*. Lisboa: Editorial Presença.
- LOPES, A. (2001). “Profissão e Profissionalidade docente – o caso do 1º CEB”. In *A educação entre o local e global na viragem do milénio*. Faro: SPCE, 71-78.
- LOPES, A. (2002). “Profissionalidade/identidade docente - de novo o tempo dos(as) Professores(as)”. In *Educação XXI – uma aposta na qualidade*. VNG: CFAEGN, 15-18.
- LÜDKE, Menga e BOING, Luiz Alberto (2004), “Caminhos da Profissão e da Profissionalidade Docentes”, *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 25, n. 89: 1159-1180, Set./Dez. 2004, disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>
- MALGLAIVE, Gérard (1997). “Formação e Saberes Profissionais: Entre a Teoria e a Prática”, in CANÁRIO, Rui (org.), *Formação e Situações de Trabalho*, Porto: Porto Editora, 53 – 60.
- MANNING, David and BENTLEY, H. Brian (2003). “The consultant radiographer and a Doctorate degree”, *Radiography*, 9: 3–5
- MARTINS, José Coelho (2001). *Emprego, Mercado e Pessoas. Reflexões Temáticas*, Coimbra: Quarteto Editora.
- MASLOW, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row.
- MATTIMORE-KNUDSON, R. (1983). “The Concept of Need: It’s Hedonistic and Logical Nature”. *Adult Education*, 33 (2), p.117-124, (cit. Witkin, 1984:9).
- MEIGNANT, Alain (1999). *A Gestão da Formação*. Lisboa. Dom Quixote.
- MISANCHUCK, E.R. (1982). « Toward a Multi-Component Model of Educational Training Needs”. Paper apresentado no *Encontro Anual da Ass. For Educational Communications and Technology*. Dallas, May 1982 (cit. Witkin, 1984:9).
- MORONEY, R.M. (1977). “Needs Assesement for Human Services”. In: W.F. Anderson et al. (Ed). *Managing Human Services*. Washington: International City Management Assoc., (cit. Witkin, 1984:9).
- MORROS, B.M. (2002). “Competency Requirements and CPD – preparing for the future needs of medical imaging”. *Radiography* (2002) 8, p.259-268.

- MUNÍCIO, P. (1987). “Análisis de la realidad educativa, Apuntes de Educación”, *Cuadernos de Dirección y Administración Escolar*, nº 26.
- NEVES A. A.. PEDROSO, P. (1994). “A Formação em alternância e a participação empresarial: algumas reflexões centradas no sistema de aprendizagem”. *Formar*, 10, p. 31-39.
- NÓVOA, António ; FINGUER, Mattias (1988). *O Método (Auto)biográfico e a Formação*, Lisboa : Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde .
- OMS – Bureau Regional de L’Europe (1976). *La Formation Permanente du Personnel de Santé*. Rapport sur la réunion d’un groupe de travail, Dublin Oct, 1976
- OMS – Bureau Regional de L’Europe (s.d.) - *La Formation Permanente du Personnel de Santé et son Evaluation*. Copenhague
- OMS (1983). *Les Principes de L’Assurance de la Qualité*. Rapport sur un reunion de L’OMS. Barcelone.
- ORDEN, A. de la (1985). “El perfeccionamento del profesorado en servicio, Studia Paedagogica”. *Revista de Ciências de la Educación*, n.º 10.
- PALARM, T. , JONES, K. and GILCHRIST, M. (2001). “Personal and professional development: a survey of radiographers employed in the South West Region”, *Radiography*, 7: 43–53.
- PALMEIRO, M. F. (1995). *Formação e Práticas profissionais dos enfermeiros no contexto de um centro de saúde*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Medicina.
- PAUKIN, George W. (1976). *Educação Permanente. Modelo Conceptual*. Lisboa: Livros Horizonte.
- PENNINGTON, F.C. (1985). “Needs Assessment in Adult Education”. In: T. Húsen (Org), *The International Encyclopedia of Education, Research and Studies*. New York: Pergamon Press.
- PELPEL, P. (1993). *Les Stats de Formation*. Paris: Bordas.

- PERRENOUD, Philippe (1992). *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação*. Lisboa: Dom Quixote.
- PERRETI, Jean- Marie (1997), *Recursos Humanos*, Lisboa, Edições Sílabo, Lda.
- PINEAU, Gaston (1985). “A Autoformação no Decurso da Vida : Entre a Hetero e a Ecoformação”, in: NÓVOA, António; FINGER, Mathias (1988). *O Método (auto)biográfico e a Formação*, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, p.64-77.
- PIORE, M. and SABEL, C. (1984). *The Second Industrial Divide*. New York: Basic Books.
- PITHON, G. (1981). *Analyse des demandes et des stratégies de formation d'adultes occupant divers positions au sein de leur institution. Enquête dans le milieu de l'industrie et dans celui de la santé*, Thèse de Doctorat de 3 eme cycle, sous la direction de M. le Professeur M. Gilly, Université de Provence.
- PONTE, José Pedro da. (1995). “Perspectivas de desenvolvimento profissional de professores de Matemática”. In J. P. Ponte, C. Monteiro, M. Maia, L. Serrazina, & C. Loureiro (Eds.), *Desenvolvimento profissional de professores de Matemática: Que formação?*. Lisboa: SPCE. pp. 193-211.
- PRIGOGINE, I. e STENGERS, I. (1990). *Entre o tempo e a eternidade*. Lisboa: Gradiva. p.61.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- REINBOLD, M-F e BREILLOT, J-M (1993). *Gérer la compétence dans l'entreprise*. Paris : L'Harmattan.
- RODRIGUES, A.; ESTEVES, M. (1993), *A Análise de Necessidades na formação de professores*, Porto: Porto Editora, col. Ciências da Educação.
- RODRIGUES, L. et al. (2002). *Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri – Apifarma.
- RODRIGUES, M. A. (1999). *Metodologias de Análise de Necessidades de Formação na Formação Profissional Contínua de Professores*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

- RODRIGUES, Pedro Miguel Freire da Silva. (2002). *A Avaliação da formação pelos participantes em entrevista de investigação*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ROUSSON, M. e BOUNDINEAU, G. (1981). “L’étude des besoins de formation. Réflexions théoriques et méthodologiques », in Pierre DOMINICÉ, *L’éducation des adultes et ses effets: problématiques et étude de cas*. Berne: Ed. Peter Lang.
- SÁ-CHAVES, Idália. (1994). “Níveis de formação versus níveis de competência”. Comunicação apresentada em Seminário sobre Ensino em Enfermagem: *Processos e percursos de formação*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- SÁ-CHAVES, Idália. (2000). “Formação, competências e conhecimento profissional”, in : COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação*. Balanço de um Projecto, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 39 – 48.
- SAINSAULIEU, Renaud (1987). *Sociologie de l’Organisation et de l’Entreprise*. Paris : Dalloz.
- SAINSAULIEU, Renaud (1999). “Os efeitos da Formação na Empresa”, in CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*, Lisboa: Instituto Piaget, 91 – 102.
- SAINSAULIEU, Renaud (2001). *Sociologia da empresa: organização, cultura e desenvolvimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- SANTOS, Joaquim F. Mateus (1966). “Evolução profissional dos técnicos de Radiologia”, *Boletim Clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa*, 30(1/2): 343-357.
- SANTOS, Nuno. (2002). “Cooperação em Situações de Trabalho: contributos conceptuais”, *Ciência Psicológica*, 8: 124-138.
- SCHÖN, Donald A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.
- SÉGUIER, J. (1976). *Dicionário Prático Ilustrado*. Porto: Lello Editores, p. 271.
- SERRANO, António ; FIALHO, Cândido (2003). *Gestão do Conhecimento – O novo Paradigma das Organizações*, Lisboa: FCA Editora de Informática.

- SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira org. (2001). *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Afrontamento
- SILVA, Carlos Alberto (1997), *Centros de Saúde: Cultura organizacional na encruzilhada da cultura e da identidade profissional. Estudo de caso de três centros de saúde do Distrito de Beja*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora, Universidade de Évora.
- SILVA, Carlos Alberto (2002), “(Re)Criar a Ideia de Habitus e Campo Social na Encruzilhada das Identidades Profissionais na Saúde”, *Economia e Sociologia*, 74:89-103.
- SILVA, Carlos Alberto (2004). *O Labirinto da Enfermagem – Participação e Profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri.
- SILVA, Carlos Alberto (2005). *Reencontro com o mundo organizacional*. Évora: Universidade de Évora.
- SILVA, Carlos et al. (2000). *As Expectativas, o Contexto de Trabalho e a Formação*. Évora: Universidade de Évora (relatório de investigação).
- SILVA, Carlos et al. (2004). *Estruturas e necessidades de formação dos profissionais de saúde Alentejo-Extremadura*. Évora: Universidade de Évora (relatório de investigação, policopiado).
- SILVA, Carlos et al. (2006). “Ser Técnico de Radiologia: Constrangimentos e Factores de Sucesso?”, *Ensino, Investigação e Desenvolvimento Profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. O Caso dos Técnicos de Radiologia*. Lisboa: ESTeSL (no prelo, policopiado).
- SILVA, Maria Odete Emygdio da (2000). *A Análise de Necessidades de Formação na Formação Contínua de Professores: um caminho para a Integração Escolar*. Tese de Doutoramento. São Paulo: Universidade de São Paulo (policopiado).
- SIMÕES, A. (1979). *Educação permanente e formação de professores*. Coimbra: Almedina.
- STUFFLEBEAM, D. L. et al (1985). *Conducting Educational Needs Assessment*, Boston: Kluwer-Nijhoff Pub.

- SUAREZ, T. M. (1985). "Needs Assessment Studies". In: Torstem Husen (Ed.). *The International Encyclopedia of Education, Research and Studies*. New York: Pergamon Press, pp. 3496-3498.
- TAVARES, David (2003), "Identidade profissional". Texto de Apoio de Sociologia das Organizações do Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde, Lisboa/Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Lisboa. URL: <http://www.moodle.uevora.pt> (20-02-2005)
- TEIXEIRA, Cláudio. (1996). *Organização do Trabalho e Factor Humano – De Instrumento a Actor*. Lisboa: IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional
- UPTON, Dominic (1998). "Clinical Effectiveness: how much do radiographers know about it and what do they think of the concept?". *Radiography* 5, 79-67.
- VEIGA, Maria; Duarte, Maria; Gândara, Maria (1995). "Que futuro para a formação permanente dos Enfermeiros?", *Enfermagem em Foco*, n.º 20 , Ano V, Agosto/Setembro, 35 – 39.
- WALBY, Sylvia and GREENWELL, June (1994). *Medicine and Nursing - Professions in a changing health service*. London: Sage Publications.
- WEINBERG, Pedro Daniel (200). *A Construção de uma Nova Institucionalidade para a Formação*, OIT, (working paper, policopiado).
- WILLIAMS, Patricia L.; BERRY, Judith E. (1998). "What is competence? A new model for diagnostic radiographers: Part 2". *Radiography* 6, p.35-42.
- WITKIN, Belle (1977). "Needs Assessment. Kits, Models and Tools". *Educational Technology*, nº17.
- WITKIN, Belle (1984). *Assessing Needs in Educational and Social Programs*. San Francisco; Jossey Bass Pub.
- ZEICHNER, Ken (1983). "Alternative Paradigms of Teacher Education". *Journal of Teacher Education*, 34 (3) p. 3-9.
- ZEICHNER, Ken (1993). *A formação reflexiva de professores: Ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

Documentos da Internet

1.- Assess Competencies (USA)

Core Competencies for Emergency Preparedness and Response

- <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/nursing/institute-centers/chphsr/broch.pdf>

Core Competencies for Public Health Professionals

- www.trainingfinder.org/competencies/list.htm

Discipline-specific Competency Sets for Public Health Workers

- www.phppo.cdc.gov/owpp/mtgwrkgrp091201.asp

2.- Examples of Assessment Processes (USA)

Training Needs Assessment of Local Health Department

- www.sphtc.org/VA.pdf

Northwest Regional Public Health Workforce Development Assessment

- <http://healthlinks.washington.edu/nwcphp/products/>

3.- Assessment Instruments (USA)

Southeast Public Health Training Center

- www.sphtc.org/

Maine Assessment Instrument

- www.mcph.org/reports/Final.Phip.15.pdf

Utah Department of Health Instrument to Assess Workforce Skills and Competence

- www.phf.org/Link/selfassess.pdf

4.- National and Regional Resources to Meet Training Needs (USA)

TrainingFinder Real-time Affiliate Integrated Network

- www.train.org

Public Health Training Network

- www.phppo.cdc.gov/phtn/

Centers for Public Health Preparedness

- www.phppo.cdc.gov/owpp/CPHPLocations.asp

Public Health Training Centers

- <http://bhpr.hrsa.gov/publichealth/phtc.htm>

National Laboratory Training Network

- www.phppo.cdc.gov/NLTN/default.asp

Other Public Health Workforce Development Centers

- www.phppo.cdc.gov/owpp/resources.asp

5.- Strategies for Providing Continuing Education (USA)*The Key Ingredient of the National Prevention Agenda: Workforce Development
– A Companion Document to Healthy People 2010*

- [ftp.hrsa.gov/bhpr/nationalcenter/hp2010.pdf](ftp://ftp.hrsa.gov/bhpr/nationalcenter/hp2010.pdf)

Healthy People 2010 Information Access Project – Public Health Infrastructure

- <http://www.phpartners.org/guide.html>

6.- Review Training Program Content (USA)*Basic and Cross-Cutting Practice Competencies for Public Health Workforce
Development*

- www.phf.org/Link/turnock.pdf

Developing Faculty/Staff Exchange Programs

- www.phf.org/Link/facstaff.pdf

OUTROS DOCUMENTOS

- AAVV. (2005). CURSOS DAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE (2004). *Relatório do Grupo de Trabalho para a Implementação do Processo de Bolonha na área das Tecnologias da Saúde*. (documento policopiado).
- CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL DE PORTUGAL (2001). Acordo sobre Política de emprego, mercado de trabalho, educação e formação. Lisboa: Conselho Económico e Social. 9 Fev 2001. (documento policopiado)
- INTERNATIONAL SOCIETY OF RADIOGRAPHERS AND RADIOLOGICAL TECHNOLOGISTS (1995). *The Role of Radiographer in Europe*, ISRRT – Draft paper European sub committee. (documento policopiado).
- MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA SAÚDE – Portaria n.º 256-A/86: aprova as definições do conteúdo e das competências técnicas resultantes da reestruturação das carreiras das profissões de TDT. Diário da República I Série n.º122 – supl. (28 Maio 1986) 1286 (1-4).
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Portaria n.º 799 – 6/99 : cria o Curso de Licenciatura em Enfermagem num conjunto de Escolas Superiores de Enfermagem públicas, autorizando-as, em consequência, a conferir o grau de Licenciado em Enfermagem. Diário da República – B n.º 219 Suplemento (18 Setembro 1999) 6510 (8).
- MINISTERIO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – Portaria n.º 791/94: fixa as regras gerais a que está subordinado o ensino nas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde, no âmbito do ensino superior politécnico. Diário da República I – B Série n.º 205 (5 Setembro 1994) 5230–5231.
- MINISTERIO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – Portaria n.º 3/2000: aprova o regulamento geral dos Cursos de Licenciatura Biotápica em Tecnologias da Saúde. Diário da República I-B Série n.º 2 (4 Janeiro 2000) 14-16.
- MINISTERIO DA SAÚDE- Decreto-Lei n.º 123/89: define uma reestruturação das carreiras dos TDT. Diário da República I Série n.º87 (14 Abril 1989) 1641-1642.

MINISTERIO DA SAÚDE- Decreto-Lei n.º 203/90: actualiza o estatuto remuneratório e de duração de trabalho dos TDT. Diário da República I Série n.º140 (20 Junho 1990) 2605-2607.

MINISTERIO DA SAÚDE - Decreto-Lei n.º 415/93: aprova a integração das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra no sistema educativo Nacional, ao nível do ensino superior politécnico, passando a designar-se por Escolas Superiores de Tecnologia 7136-7137.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto– Lei n.º 564/99: estabelece o estatuto legal da carreira de Técnico de Diagnostico e Terapêutica. Diário da República I-A Série n.º 295 (21 Dezembro 1999) 9083-9100.

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO (2003). *Avaliação do Impacto da Estratégia Europeia para o Emprego em Portugal. Organização do Mercado de Trabalho*. Colecção Cogitum n.º 4 Coordenação DEPP/MSST Lisboa: Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento /Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS – Portaria n.º 22/82: aprova o protocolo que autoriza a abertura dos cursos de TDT (Especialidade de Análises Clínicas e Radiografistas) na RAA, e sua respectiva homologação a nível nacional. Diário da República I série n.º12. (13 Abril 1982) 118-119.

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS – Portaria n.º 64/83: aprova o regulamento e os currículos dos cursos de Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica ministrados na RAA. Jornal Oficial I Série n.º 32 (30 Agosto 1983).

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS – Portaria n.º 110/83: aprova o regulamento dos estágios dos cursos de formação de TDT iniciados na RAA. Diário da República I série n.º49. (27 Dezembro 1983) 428 (63)- 429 (64).

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS - Portaria n.º 58/98: aprova o regulamento de concessão de bolsas de estudo a alunos da RAA para a frequência do curso de licenciatura em Medicina. Diário da República I Série n.º 35 (27 Agosto 1998) 986-988.

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS - Portaria n.º 60/98: aprova o regulamento de concessão de bolsas de estudo a alunos da RAA para a formação inicial de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Diário da República I Série n.º 35 (27 Agosto 1998) 988-990.

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS - Portaria n.º 25/91 constitui o regulamento de concessão de bolsas de estudo destinadas à frequência do Curso Complementar de Ensino e Administração para TDT que exerçam funções na Diário da República I Série n.º 15 (9 Março 1991) 355-356.

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS –Despacho Normativo n.º 39/2001: aprova os órgãos, as regras e os princípios que regem a formação profissional no Serviço Regional de Saúde da RAA. Diário da República I Série n.º 33 (16 Agosto 2001).

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS - Portaria n.º 23/2002: aprova o regulamento de concessão de bolsas de estudo para os TDT da RAA para a frequência dos cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde. Diário da República I Série n.º 11 (14 Março 2002) 366-367.

ANEXOS

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO
CONTÍNUA DOS TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA DA REGIÃO AUTÓNOMA
DOS AÇORES

Com o presente questionário pretende-se diagnosticar as necessidades de formação contínua no grupo de profissionais pertencentes à carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da Região Autónoma dos Açores.

Este questionário está a ser realizado no âmbito da tese de Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional em Saúde, ministrado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Caso queira colaborar neste estudo leia atentamente todas as questões e responda do modo mais sincero possível, sem deixar nenhuma pergunta por responder.

As várias opções de resposta apresentadas são questões tipo e, caso não correspondam à sua realidade, poderá sempre utilizar a opção “outras” ou a última pergunta do questionário para expor as suas ideias.

Conforme a deontologia dos inquéritos por questionário asseguramos os princípios do anonimato e da confidencialidade.

Agradecemos desde já a colaboração prestada para a realização deste estudo.

1. Sexo

Masculino ☐

Feminino ☐

2. Idade: anos

3. Nível de Escolaridade (Assinale com um X apenas uma opção. Considere o grau mais elevado que concluiu com sucesso.)

1.	12º Ano ou inferior.....	
2.	Bacharelato.....	
3.	Licenciatura.....	
4.	Mestrado.....	
5.	Pós-Graduação.....	
	Indicar a área	
6.	Doutoramento.....	
	Indicar a área	

4. Condição perante o trabalho (Assinale com um X apenas uma opção).

Categoria Profissional _____

Pertence ao quadro da Função Pública..... ☐

É contratado..... ☐

Outra..... ☐

Qual _____

Tempo de experiência profissional anos.

Carga horária na Função Pública (Indique o número de horas de trabalho semanais). horas.

5. Em que áreas de trabalho se insere a sua actividade profissional? (Assinale com um X as suas opções).

1.	Coordenação.....	
2.	Sub-coordenação.....	
3.	Técnicas diferenciadas.....	
	• _____	
	• _____	
	• _____	

6. Qual o tipo de instituição onde trabalha actualmente? (Assinale com um X apenas uma opção).

Hospital..... ☐

Local _____

Centro de Saúde..... ☐

Local _____

7. Considera que existe um desnivelamento entre as competências que detém e as exigências da função que desempenha ou do cargo que ocupa na sua organização? (Assinale com um X).

SIM ☐

NÃO ☐

Refira porquê.

8. Qual dos seguintes factores melhor contribuiu para a sua preparação profissional. (Assinale com um X apenas uma opção).

1.	O autodidactismo.....	
2.	Experiência profissional.....	
3.	A formação inicial.....	
4.	A formação contínua.....	
5.	Outro factor.....	
	Qual?	

9. Que importância atribui à Formação Contínua? (Assinale com um X apenas uma opção).

1.	Nenhuma importância.....	
2.	Pouca importância.....	
3.	Alguma importância.....	
4.	Muita importância.....	
5.	Imprescindível.....	

10. Quais as necessidades que já o levaram ou que poderão levar a frequentar acções de formação contínua? Responda a todos os itens, colocando um X em frente a cada frase, no número que considera verdadeiro para si.

1 2 3
Sim Não Em parte

1.	Aprender coisas novas.....	1	2	3
2.	Melhorar o desempenho profissional.....	1	2	3
3.	Aprofundar os conhecimentos/competências profissionais.....	1	2	3
4.	Superar as dificuldades profissionais do dia a dia.....	1	2	3
5.	Manter-se actualizado profissionalmente.....	1	2	3
6.	Assegurar a promoção profissional.....	1	2	3
7.	Fazer face à competição profissional.....	1	2	3
8.	Aumentar o prestígio no local de trabalho.....	1	2	3
9.	Melhorar o salário.....	1	2	3
10.	Melhorar os cuidados prestados ao utente.....	1	2	3
11.	Combater a monotonia.....	1	2	3
12.	Construir novas amizades.....	1	2	3
13.	Melhorar as relações sociais.....	1	2	3
14.	Participar numa actividade de grupo.....	1	2	3
15.	Aperfeiçoar a capacidade de participação em trabalho comunitário.....	1	2	3
16.	Cumprir com as orientações e/ou sugestões de outros.....	1	2	3
17.	Outra situação.....	1	2	3
	Especifique			

11. No decorrer do último ano participou em actividades de formação contínua?

SIM ☐

NÃO ☐

Se respondeu “NÃO” passe à questão 16. Se respondeu “SIM” continue, respondendo a todas as questões, excepto a nº 16.

12. Quais as actividades em que participou, quer organizadas por outros, quer por si próprio, nos últimos 12 meses? (Assinale com um X as suas opções).

12.1. Actividades organizadas por outros

1.	Jornadas, Encontros, Simpósios, Congressos e Conferências.....	
2.	Acções/Programas de Formação.....	
3.	Reuniões de serviço.....	
4.	Apresentação e discussão de estudos de caso.....	
5.	Estágios Profissionais.....	
6.	Outras.....	
	Quais	

12.2. Actividades organizadas por si

1.	Leitura de livros técnicos ou científicos na área da saúde.....	
2.	Leitura de revistas científicas na área da saúde.....	
3.	Elaboração de trabalhos de investigação na área das Tecnologias da Saúde.....	
4.	Apresentação de trabalhos de investigação.....	
5.	Publicação de artigos científicos.....	
6.	Pedido de realização de estágios.....	
7.	Outras..... Quais	

13. Indique o local ou locais das actividades de formação em que participou. (Assinale com um X as suas opções).

1.	Na instituição onde trabalha.....	
2.	Na ilha onde trabalha.....	
3.	No arquipélago.....	
4.	No território continental.....	
5.	No Estrangeiro.....	

14. Em relação às acções de formação contínua que frequentou, ocorreram mudanças efectivas na sua vida pessoal? Responda a todos os itens, colocando um X em frente a cada frase, no número que considera verdadeiro para si.

1 2 3
 Sim Não Em parte

1.	Não trouxe mudanças para a minha vida pessoal.....	1	2	3
2.	Ocupei melhor os tempos livres.....	1	2	3
3.	Construí novas amizades.....	1	2	3
4.	Melhorei o meu rendimento mensal e familiar.....	1	2	3
5.	Melhorei as minhas relações interpessoais.....	1	2	3
6.	Passei a ter mais confiança nas minhas capacidades.....	1	2	3
7.	Tornei-me mais empreendedor.....	1	2	3
8.	Passei a ser mais reconhecido pelos outros.....	1	2	3
9.	Outra situação..... Especifique	1	2	3

15. Que efeitos tiveram as acções de formação contínua que frequentou na sua vida profissional? Responda a todos os itens, colocando um X em frente a cada frase, no número que considera verdadeiro para si.

1 2 3
Sim Não Em parte

1.	Não trouxe mudanças para a minha vida profissional.....	1	2	3
2.	Aprendi coisas importantes.....	1	2	3
3.	Melhorei as minhas competências profissionais.....	1	2	3
4.	Melhorei o meu desempenho no trabalho.....	1	2	3
5.	Superei algumas das dificuldades profissionais.....	1	2	3
6.	Melhorei o meu salário.....	1	2	3
7.	Assegurei a promoção na carreira.....	1	2	3
8.	Passei a ter um duplo emprego.....	1	2	3
9.	Passei a ser mais reconhecido pelos colegas de trabalho.....	1	2	3
10.	Sinto-me mais preparado para responder a novos desafios.....	1	2	3
11.	Outra situação.....	1	2	3
	Especifique			

16. Indique quais os motivos que o influenciaram a não participar em actividades de formação contínua no decorrer dos últimos 12 meses. (Assinale com um X as suas opções).

1.	Sobrecarga de trabalho na instituição onde trabalha.....	
2.	A instituição onde trabalha não promoveu acções de formação.....	
3.	Não ter sido informado.....	
4.	Não estar interessado.....	
5.	Não obteve dispensa de serviço.....	
6.	Razões de ordem económica.....	
7.	Razões de ordem geográfica (dispersão geográfica/distância).....	
8.	Razões de ordem familiar.....	
9.	Os temas das acções de formação não iam de encontro às suas necessidades.....	
10.	Razões de ordem profissional.....	
11.	Outras.....	
	Quais	

17. Refira, por ordem de preferência (do mais importante para o menos importante), pelo menos três temas que considera necessário ver abordados em futuras acções de formação e o respectivo motivo da sua opção (para o efeito faça corresponder os números aos motivos abaixo descritos):
Motivos:

1. Aumentar os conhecimentos tendo em vista um melhor desempenho profissional .
 2. Necessidades sentidas no desempenho da actividade profissional.
 3. Aquisição de novos saberes tendo em vista o desenvolvimento pessoal.
 4. Perspectiva de nomeação para realização de uma tarefa / integração num novo projecto.
 5. Progressão na carreira.
 6. Outro motivo. Qual?
- (Escreva na linha que se encontra à frente dos números correspondentes aos motivos).

TEMAS	MOTIVOS (Assinale com um X sobre o número)
1º _____	1 2 3 4 5 6 _____
2º _____	1 2 3 4 5 6 _____
3º _____	1 2 3 4 5 6 _____
4º _____	1 2 3 4 5 6 _____
5º _____	1 2 3 4 5 6 _____
6º _____	1 2 3 4 5 6 _____

18. Indique as situações que melhor poderão contribuir para reforçar as suas qualificações e competências profissionais.

1.	Actualização e renovação de conhecimentos.....	
2.	Conhecimentos ao nível das tecnologias de informação (Ex: informática).....	
3.	Conhecimentos de gestão.....	
4.	Estágios.....	
5.	Curso de mestrado.....	
6.	Grau de doutoramento.....	
7.	Outro..... Especifique	

19. Para si, qual o melhor horário para frequentar acções de formação? (Assinale com X as suas opções).

1.	Horário pré-laboral (8h às 10 h).....	
2.	Horário laboral (9h às 17:30).....	
3.	Horário pós-laboral (a partir das 18:30h).....	
4.	Sábado de manhã.....	
5.	Sábado à tarde.....	
6.	Sábado todo o dia.....	
7.	Outro..... Especifique	

20. Que tipo de modalidades de formação prefere? (Assinale com X as suas opções).

1.	Cursos até uma semana	
2.	Ações distribuídas no tempo (dias não consecutivos)	
3.	Cursos de longa duração (mais de 1 mês)	
4.	Sessões temáticas de debate (2 horas)	
5.	Workshops (meio dia)	
6.	Formação em contexto de trabalho	
7.	Ensino à distância	
8.	Outras Quais?	

21. Caso exista algum aspecto que não tenha sido abordado no questionário ou alguma sugestão que considere pertinente para a estratégia de formação contínua em Saúde, utilize o espaço abaixo para expor as suas ideias.

Muito Obrigado!

Sintaxe do SPSS

RECODE

```
p02  
(Lowest thru 24=1) (25 thru 34=2) (35 thru 44=3) (45 thru Highest=4) INTO p02.1 .  
VARIABLE LABELS p02.1 'grupo etário'.  
EXECUTE .
```

RECODE

```
p04.4  
(Lowest thru 4=1) (5 thru 9=2) (10 thru 14=3) (15 thru 19=4) (20 thru 24=5) (25 thru Highest=6) INTO p04.4.1 .  
VARIABLE LABELS p04.4.1 'grupos de antiguidade'.  
EXECUTE .
```

FREQUENCIES

```
VARIABLES=p01 p02.1  
/ORDER= ANALYSIS .
```

DESCRIPTIVES

```
VARIABLES=p02  
/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE RANGE MIN MAX SEMEAN KURTOSIS SKEWNESS .
```

FREQUENCIES

```
VARIABLES=p03 p04.1 p04.2  
/ORDER= ANALYSIS .
```

FREQUENCIES

```
VARIABLES=p04.4.1  
/ORDER= ANALYSIS .
```

DESCRIPTIVES

```
VARIABLES=p04.4  
/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE RANGE MIN MAX SEMEAN KURTOSIS SKEWNESS .
```

FREQUENCIES

```
VARIABLES=p04.5 p05 p06 p06.1 p07 p07.1 p08 p08.1 p09  
/ORDER= ANALYSIS .
```

MULT RESPONSE

```
GROUPS=$rpf_sim 'razões de sim freq formação' (p10.1 p10.2 p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7 p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12  
p10.13 p10.14 p10.15 p10.16 p10.17 (1)) $rpf_nao 'razões de não freq ações' (p10.1 p10.2 p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7  
p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12 p10.13 p10.14 p10.15 p10.16 p10.17 (2)) $rpf_tlvz 'razões de tivz freq ações' (p10.1 p10.2  
p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7 p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12 p10.13 p10.14 p10.15 p10.16 p10.17 (3))  
/FREQUENCIES=$rpf_sim $rpf_nao $rpf_tlvz .
```

FREQUENCIES

```
VARIABLES=p11  
/ORDER= ANALYSIS .
```

USE ALL.

```
COMPUTE filter_$=(p11 = 1).  
VARIABLE LABEL filter_$ 'p11 = 1 (FILTER)'.  
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.  
FORMAT filter_$ (f1.0).  
FILTER BY filter_$.  
EXECUTE .
```

MULT RESPONSE

```
GROUPS=$aoo_sim 'atividades organizadas por outros' (p12.1.1 p12.1.2 p12.1.3 p12.1.4 p12.1.5 p12.1.6 (1)) $aos_sim  
'atividades organizadas por si' (p12.2.1 p12.2.2 p12.2.3 p12.2.4 p12.2.5 p12.2.6 p12.2.7 (1)) $lf_sim 'local ações em q'+  
'participou' (p13.1 p13.2 p13.3 p13.4 p13.5 (1))  
/FREQUENCIES=$aoo_sim $aos_sim $lf_sim .
```

MULT RESPONSE

```
GROUPS=$ivpessoal_sim 'sim inf vida pessoal' (p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 (1)) $ivpessoal_nao  
'nao inf vida pessoal' (p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7  
p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (2)) $ivpessoal_tlvz 'em parte inf vida pessoal' (p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8  
p14.9 (3))  
/FREQUENCIES=$ivpessoal_sim $ivpessoal_nao $ivpessoal_tlvz .
```

MULT RESPONSE

```
GROUPS=$infVProf_sim 'sim inf vida profissional' (p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (1))  
$infVProf_nao 'nao inf vida profissional' (p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (2))  
$infVProf_ep 'em parte inf vida profissional' (p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (3))  
/FREQUENCIES=$infVProf_sim $infVProf_nao $infVProf_ep .
```

FILTER OFF.

```
USE ALL.  
EXECUTE .
```

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p11 = 2).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p11 = 2 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=$NPF_sim 'sim à não participação' (p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 (1)) $NPF_ao 'não à'+
' não participação' (p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 (2)) $NPF_ep 'em parte à não participação'
(p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 (3))
/FREQUENCIES=$NPF_sim $NPF_ao $NPF_ep .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p17.1 p17.2 p17.3 p17.4
/ORDER= ANALYSIS .

MULT RESPONSE
GROUPS=$rqc_sim 'factores imp formação na prof' (p18.1 p18.2 p18.3 p18.4 p18.5 p18.6 p18.7 (1)) $rqc_ao 'factores imp'+
' de formação na prof' (p18.1 p18.2 p18.3 p18.4 p18.5 p18.6 p18.7 (2))
/FREQUENCIES=$rqc_sim $rqc_ao .

FREQUENCIES
VARIABLES=p19
/ORDER= ANALYSIS .

MULT RESPONSE
GROUPS=$mfp_sim 'sim modalidade formação' (p20.1 p20.2 p20.3 p20.4 p20.5 p20.6 p20.7 p20.8 (1)) $mfp_ao 'não modalidades'+
' de formação' (p20.1 p20.2 p20.3 p20.4 p20.5 p20.6 p20.7 p20.8 (2))
/FREQUENCIES=$mfp_sim $mfp_ao .

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1=9).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1=9 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p01 p02.1
/ORDER= ANALYSIS .

DESCRIPTIVES
VARIABLES=p02
/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE RANGE MIN MAX SEMEAN KURTOSIS SKEWNESS .

FREQUENCIES
VARIABLES=p03 p04.1 p04.2
/ORDER= ANALYSIS .

FREQUENCIES
VARIABLES=p04.4.1
/ORDER= ANALYSIS .

DESCRIPTIVES
VARIABLES=p04.4
/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE RANGE MIN MAX SEMEAN KURTOSIS SKEWNESS .

FREQUENCIES
VARIABLES=p04.5 p05 p06 p06.1 p07 p07.1 p08 p08.1 p09
/ORDER= ANALYSIS .

MULT RESPONSE
GROUPS=$rpf_sim 'razões de sim freq formação' (p10.1 p10.2 p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7 p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12
p10.13 p10.14 p10.15 p10.16 p10.17 (1)) $rpf_ao 'razões de não freq acções' (p10.1 p10.2 p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7
p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12 p10.13 p10.14 p10.15 p10.16 p10.17 (2)) $rpf_tvz 'razões de tvz freq acções' (p10.1 p10.2
p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7 p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12 p10.13 p10.14 p10.15 p10.16 p10.17 (3))
/FREQUENCIES=$rpf_sim $rpf_ao $rpf_tvz .

FREQUENCIES
VARIABLES=p11
/ORDER= ANALYSIS .

```

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1=9 and p11 = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1=9 and p11 = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=$ao_sim 'actividades organizadas por outros' (p12.1.1 p12.1.2 p12.1.3 p12.1.4 p12.1.5 p12.1.6 (1)) $aos_sim
'actividades organizadas por si' (p12.2.1 p12.2.2 p12.2.3 p12.2.4 p12.2.5 p12.2.6 p12.2.7 (1)) $if_sim 'local açções em q'+
' participou' (p13.1 p13.2 p13.3 p13.4 p13.5 (1))
/FREQUENCIES=$ao_sim $aos_sim $if_sim .

MULT RESPONSE
GROUPS=$ivpessoal_sim 'sim inf vida pessoal' (p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 (1)) $ivpessoal_nao
'nao inf vida pessoal' (p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7
p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (2)) $ivpessoal_tivz 'em parte inf vida pessoal' (p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8
p14.9 (3))
/FREQUENCIES=$ivpessoal_sim $ivpessoal_nao $ivpessoal_tivz .

MULT RESPONSE
GROUPS=$infVProf_sim 'sim inf vida profissional' (p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (1))
$infVProf_nao 'nao inf vida profissional' (p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (2))
$infVProf_ep 'em parte inf vida profissional' (p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (3))
/FREQUENCIES=$infVProf_sim $infVProf_nao $infVProf_ep .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1=9 and p11 = 2).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1=9 and p11 = 2 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=$NPF_sim 'sim à não participação' (p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 (1)) $NPF_nao 'não à'+
' não participação' (p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 (2)) $NPF_ep 'em parte à não participação'
(p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 (3))
/FREQUENCIES=$NPF_sim $NPF_nao $NPF_ep .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1=9).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1=9 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p17.1 p17.2 p17.3 p17.4
/ORDER= ANALYSIS .

MULT RESPONSE
GROUPS=$rqc_sim 'factores imp formação na prof' (p18.1 p18.2 p18.3 p18.4 p18.5 p18.6 p18.7 (1)) $rqc_nao 'factores imp'+
' formação na prof' (p18.1 p18.2 p18.3 p18.4 p18.5 p18.6 p18.7 (2))
/FREQUENCIES=$rqc_sim $rqc_nao .

FREQUENCIES
VARIABLES=p19
/ORDER= ANALYSIS .

MULT RESPONSE
GROUPS=$mfp_sim 'sim modalidade formação' (p20.1 p20.2 p20.3 p20.4 p20.5 p20.6 p20.7 p20.8 (1)) $mfp_nao 'não modalidades'+
' de formação' (p20.1 p20.2 p20.3 p20.4 p20.5 p20.6 p20.7 p20.8 (2))
/FREQUENCIES=$mfp_sim $mfp_nao .

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1 <> 9 = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1 <> 9 = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

```

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p01 p02.1
/ORDER= ANALYSIS .
```

```
DESCRIPTIVES
VARIABLES=p02
/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE RANGE MIN MAX SEMEAN KURTOSIS SKEWNESS .
```

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p03 p04.1 p04.2
/ORDER= ANALYSIS .
```

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p04.4.1
/ORDER= ANALYSIS .
```

```
DESCRIPTIVES
VARIABLES=p04.4
/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE RANGE MIN MAX SEMEAN KURTOSIS SKEWNESS .
```

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p04.5 p05 p06 p06.1 p07 p07.1 p08 p08.1 p09
/ORDER= ANALYSIS .
```

```
MULT RESPONSE
GROUPS=$rpf_sim 'razões de sim freq formação' (p10.1 p10.2 p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7 p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12
p10.13 p10.14 p10.15 p10.16 p10.17 (1)) $rpf_nao 'razões de não freq acções' (p10.1 p10.2 p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7
p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12 p10.13 p10.14 p10.15 p10.16 p10.17 (2)) $rpf_tlvz 'razões de tlvz freq acções' (p10.1 p10.2
p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7 p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12 p10.13 p10.14 p10.15 p10.16 p10.17 (3))
/FREQUENCIES=$rpf_sim $rpf_nao $rpf_tlvz .
```

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p11
/ORDER= ANALYSIS .
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1 <> 9 and p11 = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1 <> 9 and p11 = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .
```

```
MULT RESPONSE
GROUPS=$sao_sim 'actividades organizadas por outros' (p12.1.1 p12.1.2 p12.1.3 p12.1.4 p12.1.5 p12.1.6 (1)) $aos_sim
'actividades organizadas por si' (p12.2.1 p12.2.2 p12.2.3 p12.2.4 p12.2.5 p12.2.6 p12.2.7 (1)) $if_sim 'local acções em q'+
' participou' (p13.1 p13.2 p13.3 p13.4 p13.5 (1))
/FREQUENCIES=$sao_sim $aos_sim $if_sim .
```

```
MULT RESPONSE
GROUPS=$ivpessoal_sim 'sim inf vida pessoal' (p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 (1)) $ivpessoal_nao
'nao inf vida pessoal' (p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7
p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (2)) $ivpessoal_tlvz 'em parte inf vida pessoal' (p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8
p14.9 (3))
/FREQUENCIES=$ivpessoal_sim $ivpessoal_nao $ivpessoal_tlvz .
```

```
MULT RESPONSE
GROUPS=$infVProf_sim 'sim inf vida profissional' (p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (1))
$infVProf_nao 'nao inf vida profissional' (p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (2))
$infVProf_ep 'em parte inf vida profissional' (p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 (3))
/FREQUENCIES=$infVProf_sim $infVProf_nao $infVProf_ep .
```

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1 <> 9 and p11 = 2).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1 <> 9 and p11 = 2 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .
```

```
MULT RESPONSE
GROUPS=$NPF_sim 'sim à não participação' (p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 (1)) $NPF_nao 'não à'+
' não participação' (p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 (2)) $NPF_ep 'em parte à não participação'
(p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 (3))
/FREQUENCIES=$NPF_sim $NPF_nao $NPF_ep .
```

```

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1 <> 9 and p11 = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1 <> 9 and p11 = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

FREQUENCIES
  VARIABLES=p17.1 p17.2 p17.3 p17.4
  /ORDER= ANALYSIS .

MULT RESPONSE
  GROUPS=$rqc_sim 'factores imp formação na prof' (p18.1 p18.2 p18.3 p18.4 p18.5 p18.6 p18.7 (1)) $rqc_ao 'factores imp'+
  ' formação na prof' (p18.1 p18.2 p18.3 p18.4 p18.5 p18.6 p18.7 (2))
  /FREQUENCIES=$rqc_sim $rqc_ao .

FREQUENCIES
  VARIABLES=p19
  /ORDER= ANALYSIS .

MULT RESPONSE
  GROUPS=$mfp_sim 'sim modalidade formação' (p20.1 p20.2 p20.3 p20.4 p20.5 p20.6 p20.7 p20.8 (1)) $mfp_ao 'não modalidades'+
  ' de formação' (p20.1 p20.2 p20.3 p20.4 p20.5 p20.6 p20.7 p20.8 (2))
  /FREQUENCIES=$mfp_sim $mfp_ao .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

RECODE
  p04.1
  (9=1) (1 thru 8=2) (10 thru Highest=2) INTO p04.1a .
VARIABLE LABELS p04.1a 'Tecn Radiologia e outros'.
EXECUTE .

CROSSTABS
  /TABLES=p07 BY p01 p02.1 p03 p04.1a p04.4.1 p05 p06 p06.1
  /FORMAT= AVALUE TABLES
  /STATISTIC=CHISQ PHI
  /CELLS= COUNT ROW COLUMN
  /COUNT ROUND CELL .

CROSSTABS
  /TABLES=p02.1 p04.4.1 p04.1a BY p09
  /FORMAT= AVALUE TABLES
  /STATISTIC=CHISQ PHI
  /CELLS= COUNT ROW COLUMN
  /COUNT ROUND CELL .

CROSSTABS
  /TABLES=p04.1a BY p10.1 p10.2 p10.3 p10.4 p10.5 p10.6 p10.7 p10.8 p10.9 p10.10 p10.11 p10.12 p10.13 p10.14
  p10.15 p10.16
  /FORMAT= AVALUE TABLES
  /STATISTIC=CHISQ PHI
  /CELLS= COUNT ROW COLUMN
  /COUNT ROUND CELL .

CROSSTABS
  /TABLES=p04.1a BY p11 p12.1.1 p12.1.2 p12.1.3 p12.1.4 p12.1.5 p12.2.1 p12.2.2 p12.2.3 p12.2.4 p12.2.5
  p12.2.6
  /FORMAT= AVALUE TABLES
  /STATISTIC=CHISQ PHI
  /CELLS= COUNT ROW COLUMN
  /COUNT ROUND CELL .

CROSSTABS
  /TABLES=p04.1a BY p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8
  /FORMAT= AVALUE TABLES
  /STATISTIC=CHISQ PHI
  /CELLS= COUNT ROW COLUMN
  /COUNT ROUND CELL .

CROSSTABS
  /TABLES=p04.1a BY p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10
  /FORMAT= AVALUE TABLES
  /STATISTIC=CHISQ PHI
  /CELLS= COUNT ROW COLUMN
  /COUNT ROUND CELL .

```

```

CROSSTABS
/TABLES=p04.1a BY p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9
/FORMAT= AVALUE TABLES
/STATISTIC=CHISQ PHI
/CELLS= COUNT ROW COLUMN
/COUNT ROUND CELL .

```

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1 = 9).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1 = 9 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

```

```

CROSSTABS
/TABLES=p03 BY p07
/FORMAT= AVALUE TABLES
/CELLS= COUNT ROW COLUMN RESID SRESID ASRESID
/COUNT ROUND CELL .

```

```

CROSSTABS
/TABLES=p02.1 BY p07
/FORMAT= AVALUE TABLES
/CELLS= COUNT ROW COLUMN RESID SRESID ASRESID
/COUNT ROUND CELL .

```

```

CROSSTABS
/TABLES=p04.4.1 BY p07
/FORMAT= AVALUE TABLES
/CELLS= COUNT ROW COLUMN RESID SRESID ASRESID
/COUNT ROUND CELL .

```

```

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

```

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p04.1 <> 9 = 1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p04.1 <> 9 = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

```

```

CROSSTABS
/TABLES=p01 p02.1 p03 p04.4.1 p05 p06 p06.1 BY p07
/FORMAT= AVALUE TABLES
/STATISTIC=CHISQ CC PHI
/CELLS= COUNT ROW COLUMN RESID SRESID ASRESID
/COUNT ROUND CELL .

```

```

CROSSTABS
/TABLES=p05 BY p07
/FORMAT= AVALUE TABLES
/STATISTIC=CHISQ CC PHI
/CELLS= COUNT ROW COLUMN RESID SRESID ASRESID
/COUNT ROUND CELL .

```

```

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

```

```

CROSSTABS
/TABLES=p04.1a BY p08
/FORMAT= AVALUE TABLES
/STATISTIC=CHISQ CC PHI
/CELLS= COUNT ROW COLUMN RESID SRESID ASRESID
/COUNT ROUND CELL .

```

```

CROSSTABS
/TABLES=p04.1a BY p09
/FORMAT= AVALUE TABLES
/STATISTIC=CHISQ CC PHI
/CELLS= COUNT ROW COLUMN RESID SRESID ASRESID
/COUNT ROUND CELL .

```

Ex.ma Sr.
Fátima Drumound
Divisão de Formação Profissional
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Direcção Regional da Saúde
Solar dos Remédios
9700 Angra do Heroísmo

Na sequência de um pedido de informação que solicitei por telefone ao vosso departamento, venho por este meio solicitar a vossa colaboração para facultar alguns dados que me permitam caracterizar a região de saúde dos Açores relativamente às políticas de formação do Governo Regional para os profissionais da área da saúde. Pelo facto de me encontrar a residir na ilha de S. Miguel é difícil poder deslocar-me pessoalmente para recolher tais informações.

Caso seja possível a vossa colaboração, agradeço desde já a disponibilidade e solicito autorização para a divulgação desses dados no âmbito da minha tese de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde, subordinado ao tema “Estudo das necessidades de formação contínua em Tecnologias da Saúde na Região Autónoma dos Açores” e sob orientação do Prof. Dr. Carlos Alberto Silva. Este Mestrado é ministrado pela Universidade de Évora, em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Informo também que já efectuei um pedido escrito, enviado por fax, na presente semana, ao Ex.mo Sr Director Regional dos Assuntos Sociais pedindo autorização para a recolha e divulgação de dados da área da saúde para que possa obter um registo o mais fidedigno possível da realidade.

Assim sendo, segue abaixo a lista de dados ou documentos necessários:

- Política Regional para a formação dos profissionais de saúde (diplomas ou decretos-Lei);
- Indicadores de formação contínua dos profissionais de saúde (cursos, locais, nº de participantes que frequentam);
- Diploma que estabelece a formação dos profissionais de saúde ou apoios existentes a essa formação (bolsas para a formação de base e para licenciatura (Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica); lei de equiparação a bolseiro
- Outra legislação específica da R.A.A. relacionada com a formação dos profissionais de saúde que julgue ser importante referir neste contexto;
- Diplomas ou Decretos-Lei sobre a criação e funções dos núcleos de formação das unidades de saúde da Região.

Com os melhores cumprimentos

Ana Luísa Monteiro

Ex.mo Sr.

Presidente do Conselho de Administração
do Hospital de Santo Espírito de Angra do
Heroísmo

Canada Barreiro

9700 Angra do Heroísmo

Venho por este meio solicitar a vossa colaboração para facultar alguns dados que me permitam caracterizar a região de saúde dos Açores nomeadamente o número total de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica que exercem funções na vossa unidade de saúde (no quadro e contratados), discriminando o seu número por áreas (Fisioterapia, Análises Clínicas, Radiologia, etc.

Caso seja possível a vossa colaboração, agradeço desde já a disponibilidade e solicito autorização para a divulgação desses dados no âmbito da minha tese de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde, subordinado ao tema “Estudo das necessidades de formação contínua em Tecnologias da Saúde na Região Autónoma dos Açores” e sob orientação do Prof. Dr. Carlos Alberto Silva. Este Mestrado é ministrado pela Universidade de Évora, em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Informo também que já efectuei um pedido escrito, enviado por fax, na presente semana, ao Exmo Sr Director Regional dos Assuntos Sociais pedindo autorização para a recolha e divulgação de dados da área da saúde para que possa obter um registo o mais fidedigno possível da realidade.

Com os melhores cumprimentos

Ana Luísa Monteiro

Ex.mo Sr.

Presidente do Conselho de Administração
do Hospital do Divino Espírito Santo

Grotinha

9500 Ponta Delgada

Venho por este meio solicitar a vossa colaboração para facultar alguns dados, junto do Núcleo de Formação Profissional do Hospital do Divino Espírito Santo, que me permitam caracterizar a região de saúde dos Açores nomeadamente o regulamento do Núcleo de Formação Profissional, incluindo objectivos e actividades desenvolvidas na divulgação e apoio à formação dos profissionais da Saúde, concretamente o caso dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

Caso seja possível a vossa colaboração, agradeço desde já a disponibilidade e solicito autorização para a divulgação desses dados no âmbito da minha tese de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde, subordinado ao tema “Estudo das necessidades de formação contínua em Tecnologias da Saúde na Região Autónoma dos Açores” e sob orientação do Prof. Dr. Carlos Alberto Silva. Este Mestrado é ministrado pela Universidade de Évora, em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos

Ana Luísa Monteiro